UNIVERSITATEA DIN BUCURESTI

FACULTATEA DE PSIHOLOGIE SI

ŞTIINȚELE EDUCATIEI

DEFECTOLOGIE ŞI LOGOPEDIE

MODULELE I, II ŞI III

Conf. univ. Dr.
Florin Emil Verza

Editura Credis
2007

MODULUL 1

Conținutul şi sfera defectologiei şi logopediei
Specificul deficiențelor de intelect/mintale

Unitatea de învățare nr. 1

Conținutul şi dezvoltarea defectologiei şi logopediei

Unitatea de învățare nr. 2

Deficiențele de intelect/mintale

Unitatea de învățare nr. 1
Conținutul şi sfera defectologiei şi logopediei; Specificul deficiențelor de intelect/mintale.

CUPRINS:

- Conținutul şi dezvoltarea defectologiei şi logopediei;
- Delimitări conceptuale;
- Metodele defectologiei şi logopediei ;

Scopurile:

- să se înțeleagă domeniul şi obiectul de studiu al defectologiei şi logopediei;
- să se constituie o viziune de ansamblu asupra evoluției în timp a domeniului ;
- să se conştientizeze importanța adaptării metodelor de lucru la specificul acestor persoane cu cerințe educative speciale.

Obiective

La finalul acestei unități, studenții vor fi capabili să:

- evidențieze sarcinile specifice şi precise ale defectologiei şi logopediei;
- să înțeleagă locul defectologiei şi logopediei în cadrul celorlalte ştiințe psiho-pedagogice;
- să dezvolte competențe în a urmării relațiile dintre factorii determinanți în dezvoltarea defectologiei şi logopediei;

1.1 Conținutul şi dezvoltarea defectologiei şi logopediei.

Constituirea ca ştiință a defectologiei şi logopediei trebuie înțeleasa în relație cu evoluția ştiințelor psihologice şi pedagogice care au cunoscut un avânt seminificativ în a doua jumatate a secolului XIX şi prima parte a secolului trecut. În acest context s-au constituit noi domenii ce au trecut de la latura teoretica la accentuarea caracterului aplicativ bazat pe nevoia de cunoastere a copilului şi de evaluare a capacitaților psihice, în vederea adoptării unor strategii eficiente pentru sporirea influentelor procesului instructiv-educativ. S-a acreditat ideea că diferențele psiho-fizice dintre copii şi modalitățile specifice de activitate determină adoptarea ierarhică şi diferențială a educației şi intervențiilor care să valorifice maximal potențialul uman restant. Ca atare, se consideră că orice ființă umană poate fi supusă unui proces pozitiv de influențare, iar pentru copiii cu dizabilitați, instrucția şi educația trebuie să se subordoneze scopului corectiv-recuperativ şi integrativ socio-profesional. Pe acest fundal s-au diversificat noi domenii ale defectologiei şi logopediei care ulterior au căpătat o extindere şi dezvoltare semnificativă cu referire la întreaga problematică a tuturor categoriilor de indivizi plasati la extremele "normalității". Subliniem definiția modernă dată domeniului de către Emil Verza (1998, pg.3) : "Psihopedagogia specială sau defectologia este ştiința psihopedagogică ce se ocupă de persoanele handicapate, de studiul particularităților psihice, de instrucția şi educația lor, de evoluția şi dezvoltarea lor psihică, de modalitățile corectiv-recuperative pentru valorificarea potențialului uman existent şi formarea personalității acestora în vederea integrării socio-profesionale cât mai adecvate".

Prin urmare, defectologia şi logopedia, sinonim psihopedagogia specială, depăşeşte cadrul teoretic şi are profunde implicații practic-aplicative în care educația, instrucția, recuperarea şi integrarea se constituie ca activități de intervenție specială care să conducă la dezvoltarea de comportamente şi disponibilități ce facilitează adaptarea şi inserția socială. În urma cercetărilor şi studiilor aprofundate a devenit posibilă elaborarea de programe corectiv-recuperative specifice fiecărei categorii de deficiență adaptate la gravitatea acesteia, la forma de manifestare, la vârsta subiectului, la posibilitățile de compensare şi dezvoltare a structurilor psihice. Rezultă, aşadar, că nu pot fi utilizate în procesul instructiv-educvativ aceleaşi metode şi tehnici din şcoala de masa (obişnuită) pentru că ritmul şi specificul activității psihice impune o metodologie adaptată la particularitățile copiilor cu diferite tulburări de dezvoltare. De altfel, şi în țara noastră a fost elaborat un curriculum specific pentru învățământul special şi seturi de tehnici corectiv-recuperative ce şi-au dovedit eficiența de-a lungul timpului. Demersurile specializate din practica şcolară a învățământului special şi integrat au determinat adoptarea de programe şi manuale care să răspundă

obiectivelor respective şi să contribuie la sporirea eficienței pregătirii subiecților pentru viața socială.

Domeniul defectologiei şi logopediei s-a dezvoltat in relație cu progresele însemnate înregistrate de nivelul unor ştiinte adiacente precum biologia, fiziologia, medicina, lingvistica şi mai ales psihologia şi pedagogia etc. a facut posibilă colaborarea interdisciplinară a specialiştilor pe direcția terapiei şi educației a diferitelor categorii de persoane aflate în dificultate. În cadrul defectologiei şi logopediei au apărut noi subramuri fundamentate ştiințific ca: oligofrenopsihologia (psihologia deficenților de intelect) şi oligofrenopedagogia (pedagogia deficenților de intelect) ce se centrează pe studiul activității psihice, a psihodiagnozei şi evaluării personalității deficenților de intelect, a optimizării procesului instructiv-educativ şi de mânuire a metodologiei corectiv-recuperative pentru pregătirea acestora în vederea integrării lor în viața socială; surdopsihologia (psihologia deficenților de auz) şi surdopedagogia (pedagogia deficenților de auz) prin intermediul cărora se pune în evidență problematica psihologică şi pedagogică a deficenților de auz; tiflopsihologia (psihologia deficenților de văz) şi tiflopedagogia (pedagogia deficenților de văz) care sunt axate pe studiul activității psihice şi a optimizării procesului instructiv-educativ a deficenților de vedere; logopedia centrată pe studiul limbajului şi a inatvertențelor sale, pe prevenirea şi terapia tulburărilor de limbaj; somatopedia (psihopedagogia deficenților neuromotori - handicapații fizic) care se ocupă de problematica psihopedagogică şi pedagogică a deficenților locomotor şi psihopedagogia specială a deficenților de comportament ce vizează cunoaşterea structurilor psihice a persoanelor deviante comportamental şi implementarea unor programe de restabilire a comportamentelor adaptativ-integrative.

Defectologia şi logopedia, s-a dezvoltat în principal prin delimitarea preocupărilor la problematica psihologică şi pedagogică a persoanelor cu dificultăți în dezvoltare într-un palier sau altul al activității psihice sau fizice. În acelaşi context, psihologia şi pedagogia, din perspective diferite, sunt centrate pe analiza omului “normal”, dar nu se pot lipsi de exemplificări a unor cazuri sau a unor caracteristici din activitatea psihică a persoanelor ce se plasează la extremitățile normalității tocmai pentru a contura cu mai multă exactitate aspectele comune şi de referință generală. De subliniat ca la extremele normalității se plasează şi persoanele cu disponibilități superioare în dezvoltare, talentații, excepționalii, supradotații. Aceste persoane nu au fost studiate sistematic ci doar amintite cu ocazia referințelor la performanțele lor în diferitele domenii de activitate. În recentele preocupări ale unor specialişti din domeniul psihopedagogiei speciale, pe bună dreptate, se remarcă, o tendință din ce în ce mai accentuată de a include în problematica preocupărilor speciale, din perspectiva psihologică şi pedagogică, aspectele de specificitate care facilitează dezvoltarea psihică şi fizică de excepție şi care se ridică peste media obişnuită a majorității oamenilor

1.2 Delimitări conceptuale

Defectologia şi logopedia (psihopedagogia specială), se înscrie printre ştiinţele care vehiculeaza o terminologie extrem de variată şi adeseori, disputată de specialişti. Aceasta provine din marea diversitate a persoanelor ce fac obiectul de studiu şi din metodologia intervenţiilor psihopedagogice menite să depăşească câmpul îngust al interpretării unor fenomene limitate la particularităţii de conjunctură. Pe de alta parte, o serie de termeni, aparent diferiţi, au acelaşi sens şi semnificaţie date de modul în care unii autori concep mai larg şi cu o tendinţă mai mare de generalizare a problematicii caracteristice domeniului comparativ cu alţi specialişti care adoptă un punct de vedere mai riguros.

În acest context, terminologia folosită este raportată frecvent la conceptul de normalitate, chiar dacă acesta este numai aproximativ precizat. Termenului respectiv i se acordă pe de o parte , o semnificaţie generală ce ia în considerare întreaga dezvoltare psihofizică a persoanei în care se apreciază starea de sănătate, iar pe de altă parte, una particulară, care circumscrie o trăsătură sau un grup de însuşiri (fizice, senzoriale, caracteriale, interactive etc.) de o calitate relativ bună. Sunt considerate ca fiind normale acele persoane care au o dezvoltare medie şi manifestă capacităţi de adaptare echilibrată la condiţiile mediului înconjurător. Pentru a putea fi apreciate, persoanele respective sunt raportate la grupuri de aceeaşi vârstă şi cu acelaşi standard cultural, la tipul de activitate exercitat, la rezultatele obţinute în diferitele activităţi, la modul de relaţionare cu cei din jur, la modul cum se apreciază pe sine şi pe alţii, la modul în care reuşesc să se adapteze şi să se integreze în viaţa social-profesională.

Este necesar să facem mai întâi o distincţie între termeni ca talent, geniu, precocitate, supradotare.

Definiţie:

Prin talent înţelegem capacitatea de a îmbina potenţialităţile unei persoane cu scopul de a avea un efect şi o finalitate creativă. Emil Verza (1998) considera talentul ca fiind o "aptitudine naturală într-un anumit domeniu, o capacitate deosebită într-o anumită ramură de activitate". Ca însuşire a personalităţii unor anumiţi indivizi, talentul presupune o combinaţie fericită de aptitudini şi atitudini ce duc la o creativitate deosebită bazată pe valorificarea plenară a disponibilităţilor naturale ale organismului ce poate genera calitatea de geniu.

Ursula Şchiopu (1997) considera geniul ca fiind o "denumire ce se dă persoanelor ce posedă într-un mod deosebit şi extrem abilităţi creative şi dotaţie pregnantă ce se exprimă prin modalităţi originale deosebite". Ceea ce putem spune că este interesant aici, este faptul că sunt mulţi oameni cu potenţial de geniu, însă nu toţi aceştia vor ajunge într-adevăr genii. Importante în acest sens sunt manifestările unor condiţii cum ar fi: un mediu "favorizant" alături de rolul deosebit al întâmplării şi al şanselor.

Am pus cuvântul "favorizant" în ghilimele deoarece noi considerăm că nu înseamnă favorabil întotdeauna pentru un potențial geniu să beneficieze de condiții optime în ceea ce priveşte hrana , suportul material, educația specială şi adaptată capacităților deosebite ale acestor persoane. Conform multor statistici nenumărate genii s-au "ridicat" din condiții uneori mizere, greutăți financiare, au fost orfani de un părinte etc. De asemenea este foarte importantă şansa temporalității şi spațialității, un coeficient de inteligență ridicat, puternice trăsături de personalitate ca abilități naturale, persistentă încredere şi forța de caracter.
A fi geniu nu înseamnă neapărat a fi o personalitate echilibrată capabilă de adaptabilitate superioară la mediu şi la cei din jur. De altfel şi acestea din urmă în majoritatea cazurilor nu sunt capabili să înțeleagă şi să accepte aceste personalități contradictorii care sunt geniile.

După F. Galton (LAROUSSE) "geniul este acela care, dată fiind puterea sa creatoare şi valoarea muncii sale, ocupă poziția de un om la un milion de alți oameni, pierderea sa fiind dureros resimțită de partea cea mai inteligentă a națiunii". Conform acestei definiții deducem că un geniu poate fi observat abia după trista sa dispariție. Se ştie însă că au fost şi cazuri (foarte rar cei drept) în care au fost descoperite în timpul vieții acestora. Oare aceşti oameni să fie mai presus decât geniile şi să necesite o nouă denumire, un nou concept care să-i definească?
Prin precocitate înțelegem capacitatea de a manifesta aptitudini într-unul sau mai multe domenii încă de timpuriu înainte ca ele să se manifeste în mod obişnuit la ceilalți oameni. Precocitatea este deci şi una din posibilele calități ale unui om talentat sau ale unui geniu.

Abaterile de la acestea, peste o anumită toleranță, negative sau pozitive, sunt considerate anormale. Astfel, caracteristicile diferitelor categorii de deficienți, ca şi cele ce duc la stagnări sau regrese, se subsumează conceptului de anormalitate.

În accepțiunea cotidiană, anormalitatea are o încărcătură predominant negativă. Ca atare, anormalitatea are un conținut larg şi se referă la toți indivizii cu insuficiențe sau retard în dezvoltare, ca şi la cei cu abateri comportamentale, cum sunt delicvenții şi caracterialii, la bolnavii psihici, la cei care se află în stare critică din punct de vedere senzorial, locomotor, de limbaj sau de intelect. Pe baza acestei interpretări, conceptul de anormalitate este frecvent înlocuit de cel de subnormalitate. Dar şi acest concept nemulțumeşte prin caracterul său prea general şi, ca şi primul, are o semnificație negativă în planul auditiv cu toate acestea, el este folosit frecvent pentru toți indivizii care au o evoluție negativă sau pentru cei care necesită condiții speciale cu caracter educativ-recuperativ în vederea inserției sociale şi care nu pot răspunde optim unor cerințe legate de activitate.
O serie de autori atenționează asupra riscului, atât în plan psihologic, cât şi social etichetarea copiilor cu termenul de supranormali, deoarece este dificil de evaluat astfel de capacități, iar cei ce intră sub această incidență pot deveni infatuați, egoişti, capricioşi, izolați, inadaptabili,

s.a.m.d. Trebuie, desigur, subliniat că există o categorie de copii ce manifestă posibilităţi şi disponibilităţi psihofizice care necesită condiţii deosebite pentru valorificarea lor maximală şi care au nevoie de stimulare şi intervenţie calificată pentru a valorifica din plin capacităţile ce le au.

În mod obişnuit, subnormalitatea este sinonimă cu deficienţa şi se apreciază că defineşte cu mai mare exactitate pierderea sau deficitul unor funcţii ori chiar a unui organ ce defavorizează desfăşurarea activităţii. Totuşi, şi acest termen are o rezonanţă traumatizantă, fapt pentru care conceptul de handicap este folosit frecvent, deşi menţine afirmarea deficitului. Trebuie subliniat în acelaşi timp că, strict ştiinţific, deficienţa se referă la afectiunea fizică sau organică ce determină o stare critică în plan psihologic, iar handicapul, fără a exclude asemenea destructurări, accentuează consecinţele, dificultăţile de adaptare la mediu şi ia în considerare şi stările critice ce apar prin educaţie deficitară, condiţiile de mediu ce defavorizează evoluţia normală, perturbările funcţionale sau destructurarea lor, inadaptările, obişnuinţele şi comportamentele neadaptative, intârzierile, retardurile şi privaţiunea temporară de o funcţie etc. (E. Verza, 1998).

Cu o frecvenţă mult mai mică este folosit termenul **excepţie** sau **excepţional** ce se aplică, în egală măsură şi persoanelor care manifestă capacităţi deosebite pentru un domeniu ori altul de activitate ca şi acelora care prezintă diferite dificultăţi într-un plan sau altul. Imprecizia este evidentă şi cuprinde o gamă prea variată de manifestări ce sunt sugerate de conţinutul termenului. O situaţie similară se refera şi la termenii de retardaţi, înapoiaţi, întârziaţi, dificili sau cu dificultăţi, neadaptaţi sau inadaptaţi, tulburare etc. care se găsesc sporatic în unele lucrări şi au un înţeles sinonim cu conceptul de deficienţă.

În abordarea problematicii persoanelor îndreptăţite să primească din partea statului asistenţă recuperatorie şi protecţie socială, sintagma “persoană în dificultate” este mai preferată de unii autori în detrimentul sintagmelor aflate deja în circulaţie curentă cum ar fi: “persoană inadaptată”, “persoană handicapată”, “persoană cu invaliditate”, “persoană cu deficienţe”, “persoană infirmă”, “persoană cu incapacităţi”, “persoană cu maladie cronică”, “persoană anormală”, “persoană deviantă”, “persoană exclusă”. Termenul “persoane în dificultate” este preferat şi datorită faptului că-i include pe toţi ceilalţi dar şi pentru faptul că poate acoperi totalitatea categoriilor de persoane cu acces la sistemul protecţiei şi asistenţei sociale (inclusiv şomeri, săraci, bătrâni).

În ultimii ani este tot mai des folosit termenul de persoana cu dizabilităţi menit să-l cuprindă pe toţi cei cu tulburări de dezvoltare şi adaptare, fapt ce îi conferă acestui termen un caracter de maximă generalitate şi imprecizie. Un astfel de caracter o au şi termenii de “persoană cu nevoi speciale” sau “persoană cu cerinţe speciale”. Această tendinţă a fost mai pronunţată în Anglia şi în Ţările Nordice ale Europei, însă soluţia propusă nu s-a putut impune.

1.6. Metodele defectologiei şi logopediei

Defectologia şi logopedia – ca ştiință de graniță între psihologie şi pedagogie – se foloseşte, în egală măsură, de metodele acestor ştiințe raportatela tipul de deficiență studiat, gravitatea acestuia, prezența unor deficiențe asociate s.a. Sunt implicate şi alte metode specifice unor domenii convergente sau de intersecție cu sfera preocupărilor psihopedagogiei speciale cum ar fi sociologia, medicina, asistența socială etc. Astfel, pentru deficienții de auz, pentru cei cu dificultăți de vorbire, metodele bazate pe probe nonverbale şi pe studiul unor comportamente practic-acționale pot duce la surprinderea pertinentă a caracteristicilor activității verbale; pentru deficienții de vedere se vor evita metodele care se bazează exclusiv pe stimuli vizuali, iar la deficienții motor şi de comportament se utilizează metode şi tehnici combinate. În mod succint ne vom referi la metodele ce sunt folosite în mod frecvent atât pentru studiul vieții psihice cât şi pentru cunoaşterea subiecților respectivi.

Observația,

Care are ca scop culegerea unor date cu privire la comportamentul subiecților, caracteristicile şi evoluția lor psihică, formarea deprinderilor de activitate şi a aptitudinilor intelectuale, acumularea de cunoştințe şi de experiențe recuperative pentru inserția socio-profesională.
Observația are avantajul de a permite studiul subiectului în condițiile normale (obişnuite) de activitate şi evită situațiile artificiale. Dar, pentru a fi cât mai eficientă, cercetătorul trebuie să-şi fixeze dinainte cadrul în care se desfăşoară observația, scopul urmărit şi să-şi noteze, sub formă de protocoale, datele rezultate pe care să le prelucreze ulterior. Pe cât este posibil, să se apeleze la mijloacele tehnice de înregistrare (casetofoane, camere de luat vederi etc.) Este recomandat ca, subiectul să nu ştie că este observat în mod special, pentru a-l feri de impactul cu unele modălitati neobişnuite de activitate şi de elaborare a răspunsurilor la variabile neprevăzute. Pentru a imprima o cât mai mare veridicitate datelor obținute, observarea subiecților trebuie să se facă în situații şi activități diferite, la intervale de timp şi momemnte diferite.

Experimentul

Are două variante: natural şi de laborator. Experimentul natural se desfăşoară prin introducerea unor stimuli suplimentari în activitatea derulată de subiect, la care se solicită răspuns, sau prin organizarea unor activități (ludice, de învățare, de formare a deprinderilor practice) în care apar variabile diferite ce îl pun pe subiect în situații deosebite. Spre exemplu, experimentul psihopedagogic răspunde acestor cerințe şi îşi dovedeşte utilitatea mai cu seamă în procesul instructiv-educativ, când se pot preda unele cunoştințe şi prin metode mai puțin obişnuite pentru a le verifica eficiența sau prin introducerea unor concepte abstracte, la o

anumită disciplină, pentru a vedea în ce măsură copiii le înțeleg şi au posibilitatea să le integreze în sisteme operative ale muncii intelectuale. Prin aceste caracteristici, experimentul natural este mai apropiat de oservație căci, aceasta implică şi culegerea datelor despre subiect. În schimb, experimentul de laborator imprimă o notă de precizie mai mare pentru că, aşa cum îi spune numele, se realizează în laboratoare dotate cu aparatură specială de creare a unui cadru stimulativ şi de înregistrare a reacțiilor subiectului. Există şi un inconvenient legat de faptul că, subiectul este pus într-o situație artificială ce poate provoca suspiciuni şi dificultăți de adaptare.

Testele

Au o mare răspândire şi ele se împart cu verbale şi neverbale. Pentru unele categorii de deficienți, cum sunt surdomuții, cei cu deficit sever de intelect, testele neverbale, bazate pe simboluri imagistice sau pe ansamblări de obiecte, sunt singurele edificatoare. Testele verbale operează cu cuvinte şi cifre, ceea ce presupune o oarecare capacitate de a utiliza simboluri verbale. Sunt de preferat probele etalonate sau standardizate. Unele din acestea se pot aplica colectiv iar altele, individual si sunt adaptate la nivelul vârstei. În general, testele vizează o însusire, o funcție sau un proces psihic şi nu ansamblul psihismului uman. Trebuie să subliniem faptul că nu toate testele ce se aplică la persoanele normale pot fi utilizate şi la deficienți, deoarece unele depăşesc atât nivelul de înțelegere, cât şi capacitatea de a elabora răspunsuri apropiate de cerințele probei. Spre exemplu testele proiective sau cele cu un înalt grad de complexitate nu se recomanda in tulburările de dezvoltare ale intelectului. Acesta este motivul pentru care mulți specialişti au elaborat sau adaptat teste specifice condiției handicapului. Pentru a evita erorile este indicat ca rezultatele obținute să fie corelate cu cele obținute prin alte mijloace sau procedee.

Conversația

Deşi aceasta se desfasoară cu dificultate la unele categorii de deficienți, prezintă avantajul că ei nu pot simula sau masca unele comportamente, sunt mai sinceri şi manifestă o tendință accentuată de a răspunde cerințelor de elaborare a răspunsurilor. Important este să se folosească un limbaj adecvat nivelului de înțelegere şi o formă ce poate fi receptată de subiecți (limbajul gestual şi al dactilemelor pentru surdomuți, limbajul verbal, însoțit de un material ilustrativ adecvat care să stimuleze înțelegerea şi verbalizarea, pentru deficienții de intelect s.a.m.d). Pentru o eficientă conversație trebuie să se creeze şi un cadru adecvat (relaxat şi atractiv) desfăşurării ei.

Analiza produselor activității

Se raportează la nivelul de pregatire al subiecților, la stadiul formării deprinderilor şi obisnuințelor in diferite forme de activitate, la metodologia corectiv-recuperativă adaptată în educația specială. Aceste

produse ale activitații pot constituii nu numai mijloacele de cunoaştere, dar si de psihodiagnoză (este şi cazul desenului, al produsului grafic in general). Edificatoare pentru cunoaştere sunt şi rezultatele muncii practice.

Anamneza

Este deosebit de importantă pentru stabilirea momentului producerii deficienței şi a cauzelor acesteia, pentru studiul evolutiei subiectului si al episoadelor mai importante din viața sa. În realizarea acestei forme vor avea loc discuții cu parintii, cu rudele, cu cei din anturajul subiectului şi evident, acolo unde este cazul, se iau in considerare propriile sale relatări. Pe baza anamnezei se pot marca traseele mai importante în dezvoltarea şi regresul subiectului, caracteristicile favorabile sau mai putin favorabile de mediu.

Fireşte că sunt şi alte metode folosite în defectologie şi logopedie, dar le-am reținut pe cele mai eficiente şi cu o întrebuințare mai frecventă. De remarcat că în multe studiii se apelează la metode diferite sau la o combinare a acestora pentru a putea cuprinde complexitatea unor fenomene psihice. Pe baza acestora se poate efectua analiza de caz, ce se realizează prin studiul subiectului cu ajutorul mai multor probe şi prin observarea comportamentului în diverse ipostaze. În cadrul analizei de caz se iau in considerație toate datele personale ale subiectului, începând de la cele familiale şi de etiologie, ajungând la evidențierea principalelor caracteristici psihice şi terminând cu creionarea profilului psihologic în care să se stabilească diagnosticul şi prognosticul evoluției probabile pe scurtă şi lungă durată.

Exercițiu

Enumerați unele mijloace posibile de intervenție în vederea optimizării procesului instructiv-recuperativ şi imaginați-vă un model optim ce poate fi aplicat cu rezultate pozitive la nivelul unei categorii de deficiență.

Întrbări/probleme de autoevaluare :

1. Delimitați principalele concepte cu care se operează în defectologie şi logopedie.
2. Analizați conținutul şi sfera defectologiei şi logopediei şi evidențiați importanța teoretică şi practică a preocupărilor ştiințifice în domeniul respectiv.
3. Descrieți metodele şi analizați specificul acestora în defectologie şi logopedie.

Bibliografie minimală:

1. JIGĂU M.,- „COPIII SUPRADOTAȚI”, BUCUREŞTI, ED.ŞTIINȚĂ ŞI TEHNICĂ, 1994
2. RACU-ROŞCA, AURELIA, - “ISTORIA PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE – MANUAL – CRESTOMAȚIE, ED. PONTOS, CHIŞINĂU, 2003
3. RUSU C-TIN ŞI COLAB.- „DEFICIENȚĂ, INCAPACITATE, HANDICAP”, BUCUREŞTI, ED. PRO-HUMANITATE, 1997. (pg.11 – 127)
4. SILLAMY, N.- „DICTIONAR DE PSIHOLOGIE – LAROUSSE”, ED. UNIVERS ENCICLOPEDIC, (pg. 139) BUCURESTI, 1996
5. VERZA, E., VERZA, E.F. - „PSIHOLOGIA VÂRSTELOR”, Ed. Pro Humanitas, 2000
6. VERZA E.- „PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ”, BUCUREŞTI, E.D.P., 1998. (pg. 3 – 22)
7. VERZA E.F.- „INTRODUCERE ÎN PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ ŞI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ”, BUCUREŞTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2002. (pg. 7 – 41)

Unitatea Nr. 2
SPECIFICUL DEFICIENȚELOR DE INTELECT/MINTALE

CUPRINS :

- Conținut şi perspectivă în cunoaşterea deficienței de intelect;
- Etiologie şi modificare in structura biopsihică;
- Clasificarea deficienței de intelect;
- Deficiența mintală de gradul I;
- Deficiența mintală de gradul II;
- Deficiența mintală de gradul III;
- Trăsături de specificitate ale deficienților de intelect ;
- Sindroamele deficienței de intelect ;

Scopurile unității

- să se formeze o imagine unitară asupra deficienței de intelect ;
- să se înțeleagă posibilitățile de integrare socio-profesională a persoanelor cu deficiență de intelect în funcție de gravitatea şi complexitatea manifestărilor acestora.

Obiective
La finalul unității, studenții vor avea următoarele competențe:

- înțelegerea conceptului de deficiență de intelect şi e acestuia în timp;
- operarea cu conceptele specifice ce derivă din noțiun deficiență de intelect;
- cunoaşterea simptomatologiei aferente deficienței de in în funcție de gradul acesteia, pentru a se putea opera u cu noțiunile respective;
- conştientizarea acțiunii factorilor de diferite tipuri a structurii biopsihice şi influența nocivă a acestora;

2.1 Conţinut şi perspectivă în cunoaşterea handicapului de intelect/mintale

A rezultat din capitolul anterior că în literatura de specialitate se operează cu concepte variate şi că există o sinonimie ce diferă de la un autor la altul în ceea ce priveşte denumirea anumitor domenii ale defectologiei şi logopediei ca şi a tipurilor de deficienţă.

Astfel, termeni ca: deficienţa mintală, insuficienţă mintală, oligofrenie, encefalopatie infantilă, debilitate mintală, subnormalitate mintală denumesc marea categorie a deficienţilor de intelect. Trebuie să ne obişnuim să folosim conceptul de deficienţă de intelect care de fapt este sinonim cu cel de handicap de intelect deoarece termenii ceilalţi nu semnifică gradele sau profunzimea deficienţei provocând confuzii. Termenii ca "înapoiere", "întârziere" sugerează o eventuală revenire la starea normală iar alţii ca "oligofrenie" şi "encefalopatie infantilă" au un pronunţat caracter medical punând accent pe afecţiunile structurii nervoase. Deficienţele de inteligenţă au fost denumite şi "primare" sau "idiopatice" adică cele care pot fi puse pe seama leziunilor cerebrale, infecţiilor prenatale sau postnatale şi care nu sunt însoţite obligatoriu de afecţiuni mintale.

Testele de inteligenţă indică faptul că în unele zone 5-7% din numărul total al copiilor au un coeficient de inteligenţă sub 70% ceea ce poate necesita luarea unor măsuri speciale de ordin educativ şi medical.

Anumite cazuri mai puţin grave pot fi considerate ca îndepărtându-se de medie într-o măsură normală. Cele mai grave cazuri se datorează unui deficit de dezvoltare ale cărui cauze sunt cel mai des ignorate.

Este de reţinut faptul că în demersul integrării sociale şi profesionale a persoanelor aparţinând diferitelor categorii de deficienţă este necesară formularea unor programe educaţional - recuperative care să aibă în vedere caracteristicile psihofizice, potenţialul ce poate fi stimulat, vârsta cronologică şi vârsta mintală.

Pentru contextul în care se desfăşoară intervenţia noastră este necesar să amintim una din cele mai acceptate definiţii a stării de handicap de intelect şi anume cea a psihologului Rene Zazzo:

Definiţie:

"debilitatea mintală este prima zonă a insuficienţei mintale – insuficienţă relativă la exigenţele societăţii, exigenţi variabile de la o societate la alta, de la o vârstă la alta - insuficienţă a cărei factori determinaţi sunt biologici (normali sau patologici) şi cu efectul ireversibil în studiul actual al cunoştinţelor" (R. Zazzo, 1979, pag. 33).

Pentru a analiza oricare dintre categoriile de deficienţi în vederea surprinderii caracteristicilor generale şi definitorii, este necesar să recurgem la raportarea subiecţilor respectivi la:

1. copiii normali mai mici ca vârstă cronologică şi de aceeaşi vârstă mintală;

2. la indivizii normali de aceeaşi vârstă cronologică;
3. la copiii normali de aceeaşi vârstă mintală şi la indivizii de aceeaşi vârstă cronologică;
4. la indivizii normali de aceeaşi vârstă mintală indiferent de vârsta cronologică;
5. la alți deficienții din aceeaşi categorie;
6. la alți deficienți cu forme diferite decât cea de intelect.

2.2. Etilogie şi modificare în structura biopsihică

Există un număr foarte mare de factori care pot influența evoluția normală a individului, dar aceştia depind de rezistența organismului, de zestrea sa ereditară, de perioada în care acționează, de forța şi durata acțiunii lor. Mulți dintre aceşti factori nocivi pot fi evitați în perioada de gestație a fătului şi mai ales în ontogeneza timpurie.

În funcție de perioada în care acționează asupra organismului, factorii patogeni se pot împarți în endogeni (genetici) şi exogeni (câştigați) prin condițiile existenței în mediul înconjurător.
În cadrul *factorilor endogeni* cele mai des întâlnite sunt anomaliile cromozomiale. Consecința anomaliei cromozomiale este un dezechilibru genic care se soldează cu anomalii variate cum ar fi: encefalopatia şi malformațiile somatice. Prin dezechilibru genic înțelegem un plus sau un minus de material genetic. În cazul unui minus este afectată viabilitatea oului.

Spre exemplu caracteristic unor anomalii cromozomiale este sindromul Down (în acest caz anomalia se petrece în perechea cromozomială 21) o altă cauză a sindromului Down este vârsta înaintă a mamei la naşterea copilului.

Factori exogeni.
Producerea deficienței mintale depinde de momentul intervenției factorilor în procesul evolutiv, de masivitatea agresiunii şi de timpul agentului agresiv.
În cazul subdezvoltării sau nedezvoltării, factorii exogeni acționează mai eficient şi mai puternic în perioadele timpurii, în special în perioada intrauterină şi în primii 3 ani de viață. După etapa în care acționează aceşti factori putem delimita următoarele perioade:

1.prenatală
a. progenetică (corespunzătoare perioadei formării produsului de concepție care durează câteva zile după fecundație);
b. embrionară (0-3 luni);
c. perinatală (în cursul travaliului şi în primele zile de naştere);

d. postnatală (în primii 3 ani şi ulteriori de viață);
Astfel avem:

1.Factorii prenatali (oboseala şi stresul gravidei)
a. factorii progenetici:
- radiațiile (rontgen, alfa, beta, gama) care determină o lezare primară prin iradiație producând moartea celulei sau o lezare secundară producând tulburări metabolice. Exemplu: copiii născuți de către mamele iradiate în cazul bombardamentelor atomice de la Hiroşima şi Nagasaki. Ei au înfățişare caracteristică cu membre lungi, capul mic, malformații şi deficiență mintală profundă;
- cu procese involutive la nivelul craniului.
- şocurile psihice grave determină modificări la nivelul celulelor germinative;
- diabetul zaharat duce la o atrofiere a ovarelor şi o tulburare funcțională genitală.

b. Factorii embriopatici:
- fizico-chimici (iradierile atomice, razele X oxidul de carbon, sărurile unor metale grele: nichel, zinc, cobalt, mercur, plumb);
- medicamente teratogene (citostatice, substanțele psihotrope, neuroleptice, antidepresive, tranchilizante) duc la distrugerea oului sau la mutații genetice;
- boli infecțioase, virotice (rubeola, gripa);
- boli caşectizante ale mamei (tuberculoza pulmonară, febra tifoidă, malaria, avitaminoze, alimentație carențială);

c. factori fetopatici:
- intoxicații diverse (avitaminoze, carențe alimentare, boli caşectizante);
- traumatisme fizice.

2. Factorii perinatali (ne ferim mai ales la accidentele la naştere):
- naşterea cu forceps;
- sugrumarea cu cordonul ombilical etc.

3. factorii postnatali:
- boli inflamatorii cerebrale (meningo-encefalita, TBC, encefalite);
- boli infecțioase cu complicații cerebrale (tuse convulsiva, scarlatina, varicela, variola, gripa, hepatita epidemica);
- traumatisme craniio-cerebrale;
- intoxicații acute şi cronice (plumb, alcool);
- vaccinurile (antivariolic);
- neasigurarea alimentației suficiente;
- privarea afectivă a copilului împiedică achizițiile în plan intelectiv şi nu stimulează dezvoltarea psihică s.a.

2.3. Clasificarea deficienței de intelect

Clasificarea cea mai frecventă a acestei forme de deficiență se realizează pe baza măsurării coeficientului de inteligență cu ajutorul testelor, a coeficientului de dezvoltare psihică, a evaluării posibilităților de adaptare şi integrare, de elaborare a comportamentelor comunicaționale şi de relaționare cu cei din jur.

Intelectul de limită

Între normal şi deficientul de intelect se interpune o categorie specifică şi anume intelectul de limită sau liminar cu un QI între 80-85-90. Acesta marchează granița dintre normalitate şi handicap. Noțiunea de intelect de limită este de dată mai recentă, ea apărând în ultimile două decenii.
Binet şi Simon indică un decalaj între vârsta mentală şi vârsta cronologică de cca. 2 ½ la vârsta de 10 ani, decalaj ce creşte treptat până la 5 ani la vârsta de 15 ani. Se menționează, astfel o plafonare psiho-intelectuală mai evidentă la vârsta de 10-12 ani cu ritm mai lent în planul dezvoltării proceselor cognitive superioare.
Majoritatea autorilor consideră că intelectul de limită poate fi depistat în cadrul şcolii şi că acesta cuprinde până la aproximativ 10% din populația şcolară. Aceşti copii nu sunt deficienți fiind mai apropiați de normalitate.
Putem distinge câteva semne definitorii după care liminari sunt relativ uşor identificați, mai ales în procesul de învățământ.
Dintre acestea remarcăm:

- aceşti copii întâmpină dificultăți în însuşirea scris-cititului şi a calculului (disgrafie, dislexie, discalculie). Adeseori, prezintă tulburări instrumentale ce trebuie să li se acorde o atenție deosebită.
- majoritatea acestora au o hiperactivitate motorie, sunt instabili, timizi, emotivi, inhibați;
- prezintă dificultăți în fluxul ideației, încetineală în gândire, au baraje ale gândirii sau lapsusuri, chiar momente de vid mintal;
- copilul liminar rezolvă sarcinile impuse doar până la un anumit nivel de complexitate şi abstractizare. Drept urmare, se confruntă cu insuccese şcolare care pot sta la baza unor trăiri tensionale şi contradictorii ce generează tulburările de comportament;
- prezintă o imaturitate social-afectivă, dificultăți de relaționare cu ceilalți, de funcționalitate constantă a relațiilor imprevizibile şi nemotivate etc.

Adeseori subiectul cu intelect de limită este confruntat cu eşecuri în activitățile desfăşurate ceea ce duce la un nivel de aspirație scăzut, teama de insucces, neîncrederea în sine, atitudine negativă față de efort, izolare şi frustrare.
Totuşi aceşti copii pot fi stimulați printr-o metodologie recuperativă specială astfel încât dezvoltarea lor psihică să se apropie de nivelul colegilor lor şi pot fi integrați cu succes în învățământul obişnuit. Mai târziu, ei pot parcurge formele învățământului superior dacă se

motivează pentru activitate şi dacă aceasta este susținută, de un efort continuu(Gh. Radu 1999).

2.3.1. Deficienţa mintală de gradul I (debilitatea mintală sau handicap de intelect uşor sau lejer)

Aceşti subiecți au un Q.I. între 50-85 ceea ce corespunde unei dezvoltări normale a vârstei cronologice între 7-12 ani.
Termenul de "deficiență mintală" introdus în 1909 de Dupre a fost reluat şi aprofundat de Vermeylen în 1924 şi are semnificația unei insuficiențe mintale.

Putem defini debilitatea mintală ca reprezentând o insuficiență mai mult sau mai puțin marcată a dezvoltării inteligenței, lăsându-i individului posibilitatea de a ajunge la autonomie socială, fără însă să-i permită să-şi asume total responsabilitatea conduitelor sale.

Debilul mintal este educabil, capabil de achiziții şcolare corespunzătoare vârstei sale mintale ce variază în funcție de gravitatea deficienței.
După gradul insuficienței mintale distingem debili mintali severi, mijlocii şi lejeri.
La debilii mintal au fost determinate o serie de particularități ale activității nervoase superioare. Astfel, formarea reflexelor condiționate prezintă oscilații intense şi persistente sub aspectul timpului de latență, al forței şi duratei reacției. De asemenea, particularități specifice a acestei categorii în cadrul handicapului de intelect le vom întâlni atât în procesele de cunoaştere cât şi în domeniul motricității şi al afectivității.

Percepția

În cadrul percepției, debilii mintal prezintă deficiențe ale analizei şi sintezei. Astfel, ei desprind din obiecte sau imagini foarte puține detalii ceea ce face ca percepțiile lor să fie insuficient de specifice persistând caracterul lor fragmentar şi lacunar cu prezența confuziilor. Acest lucru se datorează şi mascării unor elemente de către altele (se desprind mai uşor elementele periferice sau cele delimitate prin contur sau culoare decât greutatea, forma şi materialul din care este confecționat obiectul).
O altă trăsătură caracteristică debilului este îngustimea câmpului perceptiv (într-un timp limitat ei pricep un număr mai mic de elemente decât normalii) ducând la o dificilă orientare în spațiu şi la reduse capacități intuitive de a stabili relația dintre obiecte.

Gândirea

Debilul mintal manifestă o pregnantă lipsă de flexibilitate a activității cognitive în general şi a activității perceptuale în mod special. Gândirea lui e caracterizată în primul rând prin predominarea funcțiilor de achiziție comparativ cu funcțiile de elaborare. Deci, gândirea lui nu e creativă ci reproductivă Debilul mintal stabileşte mai uşor deosebirile decât asemănările, trăsătură ce se menține până la o vârstă mai mare. Procesul înțelegerii apare cu greu din cauza modului defectuos în care se realizează integrarea datelor noi în cele existente.

Limbajul

Din punct de vedere al limbajului, acesta se dezvoltă în general cu întârziere sub toate aspectele sale. Astfel, primul cuvânt apare la debil la vârsta de 2 ani (1 an). Utilizarea propoziției în comunicare apare la 3 ani (1,7 ani). Vorbirea apare la 34,2 luni (15,7 luni).
Vocabularul copiilor debili mintal este mai limitată decât cel al normalilor, este sărac în cuvinte-noțiuni care desemnează mărimi, relații spațiale, caracteristici psihice; predomină în acest vocabular substantivele, numărul de verbe este mai mic, se întâmpină dificultăți în înțelegerea şi utilizarea comparațiilor, epitetelor şi metaforelor. Fraza atât în limbajul scris cât şi cel oral se caracterizează printr-un număr mai mic de cuvinte şi o construcție defectuasă din punct de vedere gramatical.
Cu toate dificultățile existente în planul dezvoltării psihice, comunicarea poate fi stimulată spre o evoluție pozitivă, în condițiile unor influențe educaționale adecvate. Se sugerează, în acest scop, unele programe de intervenție pentru dezvoltarea comunicării la copiii cu deficiențe mintale de gravitatea diferită Doru Popovici (2000). Asemenea programe sunt cu atât mai eficiente cu cât se are în vedere vârstele mici ale copilăriei. În formele severe se vizează, formarea unor modalități de relaționare cu cei din jur prin intermediul comunicării nonverbale ce este concepută de unii autori ca o “terapie ocupațională” pentru aceşti subiecți (H. Clancy, M.J. Clark, 1990).

Procese mnezice

Debilitatea mintală nu exclude posibilitatea unei memorii dezvoltate sau chiar a unei hipermnezii însă în general memoria este deficitară sub anumite aspecte. Ca trăsături specifice al acesteia distingem:

- memorarea nu dobândeşte un caracter suficient de voluntar. Debilul nu recurge la procedee de fixare intențională, nu-şi elaborează un plan de organizare a materialului, însă eficiența scăzută a memoriei rezultă şi dintr-o evocare în care se găsesc elemente fără legătură cu subiectul abordat;
- memoria este caracterizată din rigiditatea fixării şi a reproducerii cunoştințelor ce duce la dificultăți în realizarea transferului de cunoştințe;

- o altă particularitate este lipsa de fidelitate a memoriei (când reproduc ceva, copiii debili adaugă elemente străine provenite dintr-o experiență anterioară mai mult sau mai puțin asemănătoare.

Motricitate

Din punct de vedere al motricității s-a stabilit că cu cât gradul deficienței mintale este mai mare cu atât nivelul motricității rămâne mai scăzut. Acesta este vizibilă mai ales sub următoarele aspecte: viteza mişcărilor, precizia mişcărilor (mai ales cele fine), imitarea mişcărilor (influențează negativ formarea multor deprinderi), reglarea forței musculare şi altele.
La debili mintal se observă mai frecvent decât la normali lateralitatea manuală stângă sau ambidextra ceea ce îngreunează manipularea unor obiecte.

Voința

În ceea ce priveşte activitatea voluntară putem spune că ea prezintă deficiențe în toate momentele desfăşurării sale:
- scopurile pe care şi le fixează debilul sunt generate de trebuințele şi interesele momentane. El se abate de la scopul fixat dacă întâmpină dificultăți şi execută o altă activitate mai uşoară;
- dificultățile întâmpinate în efectuarea unei acțiuni provin din insuficiența atenției pe care ei o acordă instrucției ce li se dă fiind înclinați să treacă imediat la acțiune;
- apar frecvente manifestării de negativism ca efect al capacității reduse de lucru a scoarței cerebrale.

Comportamentul

Activitatea debilului este caracterizată în primul rând de imaturitate (un copil debil mintal de vârstă şcolară are manifestări proprii preşcolarilor sub aspectul emoțiilor şi sentimentelor).

Conduitele afective

Manifestările emotive sunt foarte des exagerat de puternice în raport cu cauza care le-a produs. Se poate ajunge la crize de furie însoțite de reacții agresive față de cei din jur, distrugerea obiectelor, lovirea propriului corp. Dar şi veselia se poate transforma în crize de râs nestăpânit şi necontrolat.

Această capacitate redusă de a controla expresiile emoționale complică relațiile lor cu cei din jur şi duce la efecte dezorganizatoare asupra activității.
Se observă predominarea unui anumit tip de dispoziții astfel că unii sunt mai frecvent euforici alții apatici şi alții iritabili.

Integrare familială, şcolară şi socioprofesională

Prezența unui astfel de copil într-o familie reprezintă o grea încercare pentru părinți. Din aceste motive mulți dintre părinți nu reuşesc să se împace cu acest gând. Chiar şi atunci când întârzierea în dezvoltarea copilului este evidentă ei se amăgesc cu o mulțime de explicații posibile. Sunt şi părinți care trăiesc un sentiment de culpabilitate față de copil, se simt răspunzători şi încearcă cu disperare să găsească o soluție de ieşire din situația în care se află.

Totuşi copiii debili mintal, în condițiile unei atitudini realiste a familiei, reuşesc în bună măsură să se integreze în aceasta.

În ceea ce priveşte educația, ei pot urma şcoala ajutătoare uneori chiar şcoala de masă unde îşi însuşesc scris-cititul şi calculul elementar la nivelul a 4, 5 clase din şcoala generală.

Debilul mintal are posibilitatea de a-şi însuşi o profesie pe care o poate exercita cu succes (tâmplar, zidar, cofetar, croitor, zootehnist, viticultor, etc.).

Formele clinice:

Din punct de vedere clinic debilii mintal sunt împărțiți în două categorii:

a.Debilul armonic .

Termenul a fost introdus de Th. Simon (1924) şi Vermeylen (1929) care considerau că în această formă deficitul intelectual constituie elementul ce predomină personalitatea.

Retardul intelectual se manifestă prin întârzierea în plan şcolar, dificultăți în activitatea de achiziție a unor cunoştințe, dar şansele de reuşită ale acestor persoane sunt bune dacă depun efort continuu şi sunt susținuți afectiv de cei din jur.

Debilul armonic este muncitor, ascultător, capabil de a învăța o meserie şi de a o exercita în condiții normale.

b. Debilul dizarmonic (tulburările intelectuale sunt asociate cu cele afective).

Debilul dizarmonic (Baronnei şi Fay l-au denumit şi “debil complet”) se caracterizează prin preponderența tulburărilor afective şi de comportament.

Th. Simon şi G. Vermeylen consideră că debilul dizarmonic, după formele de manifestare, se împarte în:

Debilul dizarmonic instabil care este incapabil de a se concentra, nu poate fi atent, este curios, permanent agitat, mitoman, cu dificultăți de adaptare;

Debilul dizarmonic excitat ce prezintă, pe lângă tulburările caracteristice celui instabil, dar de o gravitate sporită cu manifestări legate de o agitație motrică permanentă şi stari de euforie, vorbeşte neîncetat şi este lipsit de interes;

Debilul dizarmonic emotiv. Acesta, față de cel instabil are reacții afective instabile şi exagerate, dar beneficiază de un intelect superior față de cel

instabil. El caută aprobarea şi acceptarea celor din jur şi poate chiar fi sensibil la critică.

2.3.2. Deficiența mintală de gradul II sau deficiența de intelect severă (numită impropriu şi imbecilitate)

Are un QI cuprins între 20-50 şi corespunde unei dezvoltări normale a vârstei cronologice de 3 la 7 ani.
Wallon consideră că spre deosebire de "idioți", "imbecilii" ajung la un nivel la care se pot folosi de experiențele anterioare pentru a se adapta la o situație nouă.
Această categorie este predominată de o frecvență a malformațiilor somatice concretizate în aspectul displastic facio-cranian (hipertelorism, gura de lup, urechi malformate, proeminența globilor oculari).

Motricitatea

Este slab dezvoltată şi insuficient diferențială. Subiectul respectiv nu poate executa o mişcare izolată (nu poate închide un singur ochi), mişcările sunt stângace şi lipsite de finețe.

Limbajul

În ceea ce priveşte limbajul ei ajung să-şi însuşească sistemul simbolic al acestuia în vederea comunicării. Vorbirea este imperfectă, pronunția prezintă diferite tulburăr, iar inteligibilitatea este redusă. Vocabularul se limitează la cuvintele uzuale iar structura gramaticală a limbii nu este însuşită şi datorită acestui fapt vorbirea este agramată.

Gândirea

Rămâne prin excelență concretă şi situațională limitându-se la rezolvări mecanice. La nivelul dezvoltării maxime nu depăşesc mecanismele gândirii conceptuale şi modurile operaționale care caracterizează gândirea copilului de 7 ani. De asemenea, nu reuşesc să înțeleagă relațiile spațiale şi nu pot să achiziționeze noțiunea de număr.

Activitatea

Este întotdeauna foarte imatură şi labilă, imaginile parentale constituie singurul lor sistem de referință, singura experiență relațională de unde şi infantilismul accentuat marcant.
Ei au o mare nevoie de securitate şi prezintă conduite reactive la o situație de abandon, iar pe acest fond se pot dezvolta structuri mintale obsesionale.

Comportamentul

Este dominat de emotivitate, însă este întotdeauna necontrolat. Numeroase comportamente aberante ale acestor persoane nu sunt decât reacţii de insecuritate şi furie sau tentative de a evita o situaţie de eşec.

Afectivitatea

Fondul afectiv este alcătuit din puerilism şi vanitate, reacţii ostile frecvente, trăsături care fac foarte dificilă integrarea socială.

Atenţia şi memoria

Atenţia este caracterizată prin instabilitate, însă atunci când e interesat pentru scurtă vreme subiectul se poate concentra, memoria este de obicei diminuată însă poate fi în unele cazuri excepţională, ceea ce a dus la denumirea acestor persoane cu hipermnezie de "idioţi savanţi": sau imbecilii prodigioşi ceea ce înseamnă şi o dizarmonie în dezvoltarea intelectuală (reţin sute de rânduri dintr-o carte după o singură lectură sau ascultare). Dar din categoria imbecililor prodigioşi mai fac parte:

- calculatorii care pot fi şi ei împărţiţi în cei care fac operaţii de adunare, înmulţire, împărţire cu o rapiditate deosebita întrecând calculatoarele electronice;
- cei care au o înclinaţie remarcabilă pentru desen (vestitul "Raphael al pisicilor" care a avut faimă Europeană);
- cei cu aptitudini muzicale deosebite (reproduc după ureche melodii foarte lungi şi complicate);
- cei cu simţ olfactiv foarte dezvoltat care pot discrimina cu uşurinţă diverse mirosuri

Încadrarea socială şi familială.

Handicapul sever este incapabil de a se autoconduce în relaţiile cu lumea şi cu el însuşi, de aceea el trebuie asistat permanent, având nevoie de o tutelă şi o supraveghere constantă.

Cu toate acestea ei pot să fie educaţi să se alimenteze singuri, pot efectua o serie de munci simple sub supraveghere.

2.3.3. Deficienţa mintală de gradul III (numită idioţia) sau deficienţa de intelect profundă

Are un QI sub 20-25 şi o dezvoltare psihică corespunzătoare vârstei normale de până la 3 ani.

Mulţi autori consideră că aceşti deficienţi nu sunt capabili decât de utilizarea reflexelor condiţionate.

Ei nu-şi însuşesc limbajul decât în forme simple.
"Idiotul" este incapabil să se autoconducă, să se apere de eventualele pericole şi chiar să se hrănească autonom.
Prezintă malformaţii craniene, microcefalii, hidrocefalii, hipertelorism, anomalii dentare, lordoze, cifoscolioze.
Slaba rezistenţă la infecţii explică mortalitatea ridicată a acestor deficienţi. Media lor de vârstă este de 19 ani faţă de a imbecililor care este de 26 ani.

Motricitatea

Structura psihomotrică este rudimentară, nediferenţială şi nu constă decât în balansări uniforme, contorsiuni, grimase şi impulsuri motrice subite. Întreaga viaţă afectivă rămâne legată de instincte primitive brutale, de aderenţă narcisică la corp şi la zonele sale erogene.

Integrarea socială în functie de dezvoltarea psihică

Din punct de vedere al integrării sociale putem distinge idioţia completă şi idioţia parţială. Idiotul complet nu prezintă decât instincte de conservare. Este fără limbaj, scoate sunete nearticulate, ţipete, uneori ecolalie. Comportamentul său este alcătuit din acte pur reflexe. Inactivitatea sa globală este întreruptă de impulsuri violente sau de crize, iar afectivitatea rămâne la nivel pur autoerotic (masturbare, bulimie).
Idiotul incomplet prezintă o afectivitate uneori chiar cu o tendinţă către anturaj ceea ce face posibilă dresarea funcţiilor sale vegetative şi motrice. În limbaj însă nu poate depăşi monosilabele.

2.4.Trăsături de specificitate ale deficienţilor de intelect

Au rezultat deja o serie de caracteristici în raport de gravitatea deficienţei. La acestea se adaugă şi un grup distinct de manifestări cuprins sub denumirea de "specificitate". Cele mai semnificative sunt următoarele:

2.4.1. Rigiditatea:

Constituie cea mai evidentă trăsătură ce se manifestă în toate activităţile desfăşurate de deficientul de intelect şi în special, în cele de cunoaştere.
J.S. Kounin consideră această trăsătură ca fiind o particularitate definitorie a debilului mintal. Se ştie că adultul are un număr mai mare de regiuni "psihologice" faţă de copil însă graniţele dintre aceste regiuni devin tot mai rigide pe măsura înaintării în vârstă. Rigiditatea acestor regiuni şi a graniţelor dintre ele limitează transferul funcţional şi

schimbul între teritoriile învecinate ceea ce determină o inerție la nivelul întregii activități psihice.
La deficienții de intelect aceste regiuni sunt foarte rigide nepermițând schimbul funcțional normal dintre ele, corespunzător vârstei cronologice.
Ulterior termenul a fost extins, unii autori folosind singtame ca rigiditatea gândirii, a memoriei, a limbajului, a comportamentului. A.R. Luria a folosit termenul de inerție patologică pentru a arăta că activitatea este deficitară ceea ce nu permite o relaționare riguroasă între diferitele regiuni ale creierului cu consecințe în desfăşurarea funcțiilor psihice dominate de inerție.

2.4.2. Vâscozitatea genetică

Este o altă trăsătură specifică introdusă de B. Inhelder care a pornit de la ideea că debilul nu poate atinge stadiul gândirii formale. El nu poate recupera întârzierea în propria construcție, ceea ce-l face să atingă doar stadiul operațiilor concrete şi să rămână centrat o perioadă mai lungă de timp decât normal la nivelul punctelor fixate anterior.
În plan psihic are loc o dezvoltare lentă sau se produce stagnarea fără ca individul să poată atinge stadiile superioare. Astfel, dezvoltarea rămâne neterminată ducând la dificultăți în achizițiile instrumentale şi de adaptare.
L.S. Vâgotski este de părere că pe baza vâscozității genetice handicapatului de intelect este obligat să se încadreze în "zona proximei dezvoltări" ceea ce înseamnă că dezvoltarea subiectului este limitată în raport de gravitatea deficienței.

2.4.3. Heterocronia

Se extinde în toate palierele dezvoltării psihice ale deficientului de intelect.
Termenul este introdus de R. Zazzo, care a constatat că debilul se dezvoltă diferit de la un sector la altul din punct de vedere psihologic. În cazul deficitului de intelect heterocronia cea mai evidentă apare între dezvoltarea fizică şi cea mintală, între dezvoltarea somatică şi cea cerebrală. Aceasta înseamnă că diferitele funcții psihice nu se dezvoltă în mod echilibrat, fapt relativ valabil şi pentru omul normal. La normali, însă se creează un decalaj uşor la nivelul unor funcții, dar (unii au o memorie vizuală mai bună în timp ce alții posedă o memorie auditivă) acest decalaj poate fi recuperat atâta timp cât dezvoltarea unei funcții stimulează şi evoluția alteia. La debilul mintal dezvoltarea unei funcții nu doar că nu stimulează evoluția alteia, dar se poate realiza chiar în detrimentul celorlalte funcții.

2.4.4. Fragilitatea construcției personalității.

F. Fau pornind de la ideea că vâscozitatea genetică îşi pune amprenta în orice situație asupra conduitei debilului mintal, dovedeşte că atunci când solicitările depăşesc posibilitățile de răspuns, apare această caracteristică numită fragilitatea construcției personalității.

Fragilitatea poate fi disociată (manifestări de duritate, impulsivitate şi lipsă de control) sau mascată (ce apare la debilii care trăiesc într-un mediu securizat făcând posibilă disimularea trăsăturilor negative).

2.4.5. Fragilitatea şi labilitatea conduitei verbale

Descrisă de E. Verza constă în neputința handicapatului de a exprima logico-gramatical conținutul situațiilor semnificative, neputința de a se menține la nivelul unui progres continuu şi de a-şi adapta conduita verbală la schimbările ce apar în diverse împrejurări. Mai mult, subiectul poate vorbi relativ bine la un moment dat ca ulterior, chiar la intervale mici de timp să manifeste dereglaje accentuate. Subiectul este dependent de dispozițiile ce le are şi de influența unor factori din mediul înconjurător adeseori nesemnificativi. În plan semantic, este prezentă sărăcia de idei, un dezacord între ceea ce exprimă şi realitatea ca şi o înțelegere simplificată sau trunchiată a ideilor vehiculate.

2.5.Sindroamele deficienței de intelect

2.5.1. Sindromul Down

Acest sindrom a fost descris în anul 1866 de Langdon Down şi se caracterizează prin triada: dismorfie particulară, întârziere mintală şi aberație cromozomală.
Aceste persoane au capul mic, prezintă brahicefalie, faciesul este rotund, aplatizat cu absența aproape completa a pometilor şi ridicăturilor orbitare. Roşeața obrajilor şi a vârfului nasului îi dă aspectul de "față de clovn".
Prezintă, de asemenea, o plasare laterală a ochilor, gura lor este mică, cu fisuri comisurale, permanent întredeschisă, dinții neregulat implântați, cariați, inegali, limba fisurată, cu aspect lat sau îngust şi ascuțit, urechi mici, nelobulate, asimetrice. Gâtul este scurt, toracele este lărgit la baza, cu lordoza în poziție şezândă.
Mâinile sunt mici şi scurte, late şi cu degete divergente. Picioarele sunt scurte, cu degete mici.
Mongolianul (mai este numit şi mongoloid) este lent, apatic, pasiv, stă ore întregi în aceeaşi poziție sau se mişcă monoton.
Instabilitatea psihomotore constă în trecerea de la docilitate la acțiuni de auto şi heteroagresivitate.

Atenția este labila la toate vârstele îngreunând influențarea educațională.
Comprehensiunea este redusă, iar memorarea mecanică şi limbajul apar târziu. Majoritatea acestor subiecți nu reuşesc să învețe să scrie, iar

desenul lor rămâne rudimentar şi inestetic. Vocea este răguşită, monotonă. Vorbirea este infantilă şi cu tulburări de articulaţie.
Gândirea este la stadiul concret şi nu permite decât achiziţia unor elemente cu caracter de stereotipie.
Memoria este predominat mecanică şi întipărită de scurtă durată , reproduc cu greu şi numai în prezenţa situaţiilor concrete. În aceste condiţii, este interesant că au dezvoltat simţul ritmului, le place muzica şi dansul.
Sunt veseli şi afectuoşi cu persoanele cunoscute şi simt nevoia să li se acorde o atenţie similară celor din jurul lor. Manifestă mai ales comportamente imitative ceea ce presupune prezenţa în preajma lor a unor modele comportamentale pozitive.
Acest sindrom mai poartă denumirea de "trisomia 21" din cauza apariţiei unui cromozom în plus în perioada a 21-a astfel încât se ajunge la 47 în loc de 46 cromozomi.
Dat fiind dificultăţile de dezvoltare, subiecţii respectivi se încadrează în categoria de handicap revers sau profund şi foarte rar în debilitatea mintală.

2.5.2. Oligofrenia fenilpiruvica (fenilcetonuria sau boala lui Folling).

Este o tulburare metabolică ereditară, o formă gravă a deficienţei de intelect.
La naştere copilul este normal pentru primele săptămâni sau pentru primele luni. Apare apoi o iritabilitate excesivă, o instabilitate psihomotorie, uneori crize manifestate prin convulsii.
Observăm o întârziere marcată în dezvoltarea motorie (stă în decubit dorsal la 1 an şi merge după 2 ani). De asemenea, o foarte accentuată întârziere în dezvoltarea vorbirii cu debut după 3-4 ani. De cele mai multe ori nu realizează decât 3-4 cuvinte însoţite de fenomenul de ecolalie. Nu depăşeşte QI de 50.
Prezintă balansări de trunchi dinainte-înapoi. Mersul este cu paşi mici şi cu aplicare înainte.
Are o tendinţă permanentă de mişcare a mâinilor. La 1/3 din cazuri se înregistrează crize epileptice.
Are o subdezvoltare staturo-ponderală, părul blond depigmentat, ochii de culoare albastru deschis şi eczeme. Se încadrează doar în formele de handicap profund şi sever.
Se pot elabora unele comportamente elementare de autoservire mai ales cele bazate pe formarea reflexelor condiţionate.
Pielea este foarte sensibilă şi uneori, cu spargeri de vase de sânge.
Diagnosticarea se poate face de timpuriu prin analiza urinei ce conţine acid femilpiruvic.

2.5.3. Idioţia amaurotică (sau boala lui Tay-Sachs).

Aceasta disfuncţie are o frecvenţă mai redusă. La naştere copilul dă impresia de normalitate, pentru ca la 3-6 luni să devină apatic, cu o motricitate ce nu evoluează în mod normal.
La început copilul este hipersensibil la lumina şi la zgomote, iar mai târziu văzul se va degrada progresiv până la orbire. El nu poate apuca obiecte, nu poate ţine capul ridicat, iar mai târziu se instalează paraliziile şi convulsiile.
Boala are un caracter ereditar, de aceea apariţia ei poate fi la diferite vârste, însă durata de viaţă este relativ scurtă.
Manifestă indiferenţă faţă de mediul ambiant, iar pe plan psihic dezvoltarea este extrem de redusă, dar prin exerciţii repetate este posibilă elaborarea unor comportamente şi activităţi cu caracter stereotip.

2.5.4. Gargoilismul

Se regăseşte în categoriile de deficienţă de la formele cele mai uşoare până la cele mai grave.
Copilul are o statură mică, cu gât şi membre scurte, prezintă o înfăţişare de bătrân. Craniul are un aspect deformat prin proeminenţa exagerată a regiunii occipitale. Gura este mare, cu buze groase, iar nasul are formă de şa.

2.5.5. Hipertelorismul

Este caracterizat de plasarea laterală a ochilor cu distanţe mari între ei, determinând un aspect animalic.
Craniul este brahicefalic şi prezintă deseori anomalii ale maxilarului superior. Dezvoltarea psihică este minimă.

2.5.6. Sindromul Turner

Persoanele din această categorie prezintă faţa rotundă, urechi late şi implantate în partea de jos a craniului, spre gât care este scurt. Este caracterizat, de asemenea, de absenţa semnelor sexuale.

Toracele este în formă de scut cu mameloane îndepărtate. Prezintă scolioză sau cifoscolioză ca şi la hipertelorism şi în sindromul Turner ochii sunt depărtați.
Acest sindrom este întâlnit numai la femei.

2.5.7.Sindromul Pseudo-Turner

Prezintă caracteristici ce fac legătura cu sindromul descris mai sus. Este întâlnit la băieți. Simptomele sunt aproape identice cu cele ale deficienței Turner clasice, părul este aspru, gura triunghiulară (gură de peşte), prezintă strabism.
Deficiența mintală este mai gravă decât în Turnerul clasic.

2.5.8. Cretinismul endemic

Este pregnant legat de mediul de viață. Apariția acestuia se datorează existenței în proporție insuficientă a iodului în sol sau în apă ceea ce împiedică producerea hormonului tiroidian cu efecte în dezvoltarea psihică şi cea fizică. Metabolismul este redus şi prezintă imaturitate sexuală.
Cretinul este scund, greoi, cu abdomenul şi craniul plate, pielea uscată, gălbuie şi rece.
Sub aspect psihic, mişcările, mimica şi pantomimica sunt rigide. Pot apărea tulburări mentale grave.

Aşa cum subliniază, Gh. Radu (2000) numărul sindroamelor deficienței de intelect este mult mai mare (peste 100), dar ne-am limitat la prezentarea celor cu o frecvență mai mare. Deşi toate acestea reprezintă în principal deficiențe severe sau profunde se pot obține unele rezultate educaționale favorabile în condițiile adoptării unor programe adaptate particularităților psihoindividuale în cadrul intervențiilor psihopedagogice şi medicale încă de la vârstele timpurii.

Întrebări/probleme de autoevaluare:

1. Evidențiați principalele categorii etiologice care duc la deficiență de intelect.
2. Analizați criteriile care stau la baza clasificărilor deficienței de intelect.
3. Raportați modificările specifice din structura biopsihică la formele şi sindroamele deficienței de intelect.

Bibliografie minimală

1. BINET A., -„IDEILE MODERNE DESPRE COPII", BUCUREŞTI, E.D.P., 1975
2. POPOVICI D.V.,- „DEZVOLTAREA COMUNICĂRII LA COPIII CU DEFICIENȚE MINTALE", BUCUREŞTI, ED. PRO-HUMANITATE, 2000. (pg. 42 – 172)
3. RADU GH.,- „PSIHOPEDAGOGIA DEZVOLTĂRII ŞCOLARILOR CU HANDICAP",BUCUREŞTI, E.D.P., 1999
4. RADU GH.,- „PSIHOPEDAGOGIA ŞCOLARILOR CU HANDICAP MINTAL", BUCUREŞTI, ED. PRO-HUMANITATE, 2000
5. ROŞCA MARIANA,- „PSIHOLOGIA DEFICIENȚILOR MINTALI", BUCUREŞTI, E.D.P., 1967
6. VERZA E. – Psihopedagogie specială, Bucureşti, E.D.P.,1998
7. VERZA E.F.- „INTRODUCERE ÎN PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ ŞI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ", BUCUREŞTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2002. (pg. 42 – 68)
8. ZAZZO, R., COORD. - „DEBILITĂȚILE MINTALE", E.D.P., BUCUREŞTI, 1979. (pg 28; 40 –67; 71 – 108;110 – 135; 372 – 401)

Teme pentru referate

1. Delimitari conceptuale si etiologie la persoanele cu deficiență.
2. Specificul personalitatii si comportamentului la debilii mintal.
3. Secificul memoriei debilului mintal.
4. Caracteristici generale ale activitatatii psihice la copiii cu deficiență de intelect

MODULUL 2

DEFICIENȚELE SENZORIALE ŞI NEUROMOTORII

Unitatea de învățare nr. 1
DEFICIENȚA DE AUZ

CUPRINS:

- Istoricul deficienței de auz;
- Evoluția cunoştințelor despre deficiența de auz;
- Etiologia şi clasificarea deficiențelor de auz;
- Gradele deficitului auditiv;
- Testarea auzului;
- Măsurarea intensității, scara decibelilor;
- Caracteristici ale funcțiilor şi proceselor psihice;
- Protezarea deficienților de auz;
- Metodologia demutizării şi organizarea unităților speciale;

Scopurile unității de curs

- să se dezvolte o imagine unitară asupra deficienței de auz ;
- să se înțeleagă posibilitățile de integrare socio-profesională a persoanelor cu deficiență de auz în funcție de gravitatea şi complexitatea manifestărilor acestora şi de posibilitățile de protezare şi compensare.

Obiective

- formarea capacităților de înțelegere a semnificației deficienței de auz şi evoluția persoanelor cu aceste deficiențe;
- familiarizarea cu conceptele specifice ce derivă din noțiunea de deficiență de auz;
- să se însuşească simptomatologia specifică deficienței de auz, în funcție de gradul afectării auzului;
- să se conştientizeze acțiunea factorilor de diferite tipuri asupra structurii biopsihice şi influența nocivă a acestora;
- să se conştientizeze nevoia şi avantajele protezării pentru unele deficiențe de auz;
- să se formeze abilități de intervenție psihopedagogică în desfăşurarea procesului demutizării.

1.1. Istoricul deficienței de auz

Aşa cum rezultă, acest tip de deficiență face parte din categoria deficiențelor senzoriale

Literatura de specialitate consemnează existența unor preocupări foarte vechi fața de deficienții senzorial în general In lucrarea „Despre simțurile celor care simt„, Aristotel afirmă că cine s-a născut surd acela devine apoi mut În Codicele lui Justinian se găsesc reflectate atitudinile societății fața de surzi şi sunt stipulate drepturile pe are aceştia le aveau. Medicul, filosoful şi matematicianul Girolamo Cardano, în secolul al XVI-lea, scrie despre instrucția şi educația surdomuților, bazate pe demutizare şi comunicare verbală. Spaniolul Pedro Ponce de Leon este primul care a folosit limbajul oral (vorbirea articulată) ca formă a demutizării Juan Pablo Bonet, pe la 1600, a folosit alfabetul dactil pentru formarea comunicării verbale, dar şi limbajul scris, oral şi mimico-gesticular. In Anglia, John Wallis sublinia rolul limbajului scris în dezvoltarea psihică a surdomutului şi preciza că pentru a facilita evoluția vorbirii trebuie exclus limbajul dactil din demutizare, în schimb, labiolecturii îi acorda un rol semnificativ. Opus acestuia, în Olanda, Francisc Von Helmont pune un accent deosebit pe labiolectură şi propune folosirea oglinzilor pentru demutizare. Tot în Olanda, Johan Korand Amman neagă utilizarea folosirii dactilemelor, insistând pe vorbirea orală fapt pentru care este considerat fondatorul aşa-numitei şcoli oraliste. În Franța, Abatele Deschamps susține metoda orală şi este primul are elaborează un alfabet special pentru orbii surdomuți. Reprezentantul cel mai de seamă al şcolii franceze este Charles Michel de l‘ Epee care a întemeiat o şcoală pentru surdomuți şi a aplicat o nouă metodă şi anume „metoda mimicii”, prin intermediul căreia se fundamentează comunicarea prin mimico – gesticulație. În Polonia, Jaobs Falkowschi întemeiază un institut pentru surdomuți şi orbi, unde foloseşte metoda gesturilor, pentru început iar apoi, adoptă în exclusivitate, metoda orală. Germanul Friedrich Moritz Hillt a încercat să organizeze învățământul surdomuților cat mai aproape de cel al copiilor normali

In secolele XIX şi XX , specialiştii ruşi aduc şi ei o contribuție interesantă Dintre cei mai cunoscuți, citățm pe V.I. Flery, G.A. Gurțiev, A.F.Ostogradschi, A.I.Diacikov, LV. Zankov, ş.a, care au contribuit la fundamentarea psihopedagogiă a învățământului pentru copii cu deficiențe de auz.

Pe baza acestor date rezultă că pentru învățarea limbii de către persoanele handicapate de auz, s-a aplicat o tehnică bazată pe imitație , asemănătoare cu principiul învățării vorbirii la copilul mic normal, cat şi o tehnică similară cu formarea deprinderii de a comunica într-o limbă străină Ambele tehnici au fost cunoscute sub numele de

„metoda naturală „ Având în vedere toate aceste demersuri, din punct de vedere metodologic, pentru învățarea limbii au fost structurate trei metode principale:

1) metode care folosesc, preponderent limbajul oral (metode orale);

2) metode are folosesc, preponderent, limbajul scris (metode scrise);

3) metode combinate (metode mixte), care fac apel şi la mijloacele auxiliare (dactileme-fig.1, labiolectură şi mimico-gesticulație).

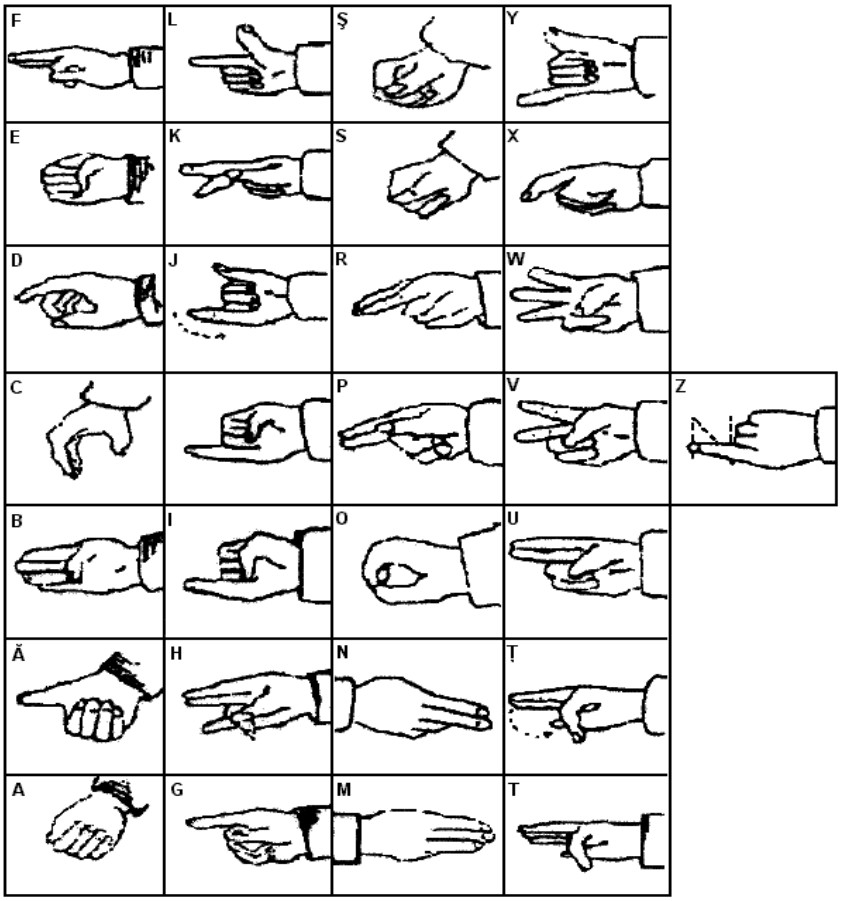

Fig.1

Este cunoscut faptul că în surdopsihopedagogie aceste metode mai poartă denumirea şi după locul unde s-au dezvoltat, astfel, se remarcă metodele : italiană, franceză, germană, austriacă, belgiană, etc. Foarte cunoscută şi apreciată este şi metoda romanească pentru demitizarepreferatăîn multe şcoli europene. În țara noastră , preocupările pentru handiacapații de auz există de peste 100 de ani Astfel, în 1893 ia ființă o instituție şcolară pe lângă locuința Dr.Carol Davila, are devine apoi o secție a azilului „Elena Doamna “ şi, ulterior , a Institutului pentru surdomuți de la Focşani (1865) . Sunt informații şi cu privire la existența unui institut particular, mult mai devreme în Dumbrăveni (1828).

În 1924, în Legea învățământului se stipulează că în unele şcoli vor funcționa clase speciale pentru handicapați, în care vor preda absolvenți sau titulari angajați prin concurs după un stagiu preliminar de 2 ani în activități cu diferite categorii de deficienți.

În prezent, în țara noastră funcționează grădinițe, şcoli generale, şcoli profesionale şi tehnice pentru hipoacuzici şi surzi.

Frecvența deficiențelor de auz diferă în funcție de o serie de factori cum ar fi : geografici, ereditari, familiari, medicali, tratament medical inadecvat, epidemii, accidente, alcoolism, iradieri, malnutriție, muncă într-un mediu foarte poluat din pnct de vedere auditiv.

Din datele statistice de la noi şi din cele mondiale se estimează existența unui procent de 1% din locuitori pentru surditate la vârsta copilăriei . Dar odată cu înaintarea în vârsta, creşte incidența cazurilor respective. La maturitate, procentul dereglărilor aparatului auditiv este peste 10%, iar la adulți de vârsta a treia, de peste 50%.

1.2. Evoluția cunoştințelor despre deficiența de auz

Terminologie

Temenii folosiți atât în ştiință, cât şi în limbajul obişnuit, pentru a desemna persoanele cu tulburări de auz, sunt : surdo-mut, surdo-vorbitor, deficient de auz, disfuncțional auditiv, hipoacuzic, handicapat de auz, asurzit.

La început, s-a folosit termenul de surdomut, făcându-se referire la persoanele care şi-au pierdut auzul înainte de însuşirea limbajului verbal (până la 2-3 ani). Dar ulterior s-a conştientizat faptul că între surditate şi mutenie nu există o legătură indestructibilă. Termenul surdo-vorbitor se referă la deficientul de auz demutizat şi la cel asurzit, care a reuşit să-şi însuşească vorbirea până la pierderea auzului ; hipoacuzicul este deficientul de auz cu reziduri auditive, iar surditatea totală poartă denumirea de cofoză.

Surditatea este urmarea unui deficit organic instalat la nivelul unuia din segmentele aparatului auditiv, ce poate duce la mutitate, ca o consecință a surdității.

De studierea acestui tip de deficiență şi de găsirea unor metode şi tehnici de recuperare şi integrare socială, compensare, instrucție şi educație se ocupă surdopsihopedagogia sau psihopedagogia deficitului de auz ca ramuri ale ştiinței defectologice. Defectologia, ca ştiință independentă, studiază particularitățile dezvoltării psihofizice ale subiecților disfuncționalitate auditivă şi mijloacele adecvate

compensatorii, instructiv- educative şi recuperatorii în vederea formării personalității şi a unei bune încadrări socio-profesionale.

Surdopsihopedagogia studiază şi cauzele surdității, prevenirea factorilor de risc şi particularitățile dezvoltării psihice a persoanelor cu deficiențe de auz; constată şi explică timpul şi gradul surzeniei, în vederea intervenției (timpanoplastie), tehnice (protezare) şi compensator-auditive ; elaborează principiile încadrării în sistemul şcolar special şi general, cât şi în societate şi în activitatea productivă : studiază particularitățile vieții şi activității copilului cu deficiență de auz în familie, în mediul social şi evidențiază importanța factorilor sociali şi educativi în formarea personalității lui.

Surdopsihopedagogia se poate divide în subramurile următoare: istoria surdopedagogiei, surdodidactica, surdometodica, surdopedagogia preşcolară şi şcolară, iar surdopsihologia, în istoria surdopsihologiei, surdopsihologia experimentală, surdopsihologia copilului, surdopsihologia şcolară, surdopsihologia generală şi a muncii.

Surdopedagogia studiază şi stabileşte cauzele şi consecințele imediate şi îndepărtate ale pierderii auzului, principiile şi metodele generale şi speciale de demutizare, în raport cu timpul disfuncției auditive (surd, hipoacuzic, asurzit), metodologia recepției vorbirii prin labiolectură a emiterii şi corectării vorbirii cu şi fără ajutorul aparaturii electroacustice.

Mai mult, a apărut o nouă subramură şi anume, surdotehnica ce vizează descoperirea şi confecționarea mijloacelor adecvate de protezare a auzului rezidual.

1.3. Etiologia şi clasificarea deficiențelor de auz

În surdopsihopedagogie se utilizează o clasificare a tulburărilor de auz, în funcție de criteriile etiologice şi temporale în două categorii şi fiecare din acestea cuprinde o serie de forme speciale. Astfel, sunt :

1) surdități ereditare ;

2) surdități dobândite .

1).Surdițile ereditare sunt de următoarele tipuri :

a) *Tipul Siebenmann* – presupune lezarea capsulei osoase şi leziuni secundare ale celulelor senzoriale sau ganglionale de la nivelul fibrelor nervoase ;

b). *Tipul Sheibe* – presupune atrofierea nicovalei prin lezarea senzorială a canalului cohlear, a saculei, a organului lui Corti şi a vascularizării striate ;

c). *Tipul Mondini* - determinat de leziunea nucleului, dilaglionilor şi a organului Corti, atrofia nervului cohlear şi a ganglionilor, leziuni ale ultimelor spirale ale melcului ;

d). Tipul de *surditate genetică* - ce se poate transmite de la unul sau de la ambii părinți prin gene.

2).Surdităţile dobândite cuprind:

a). surdităţile prenatale

mai ales cele embrionale, dar uneori şi fetale. Pot fi cauzate de maladiile infecțioase ale gravidei, viruşi ai rubeolei, oreionului, pojarului, hepatitei, paludismului matern, tulburări metabolice, endocrine (hipotiroidismul famial), diabetul, hemoragiile , infecții bacteriene şi prin protozoare (tuberculoza, sifilisul, medicamentele tranchilizante (morfina, cocaina, heroina, marihuana, conterganul), cauze chimice şi hormonale , cum sunt avortificientele (chinina, ergotina, apa de plumb), de asemenea: iradierea mamei cu raze X, în timpul sarcinii, alcoolismul, incombatibilitatea sangvină între mamă şi fetus.

b). Surdităţi neonatale (perinatale) ,

produse prin leziuni anatomo-patologice în timpul naşterii, hemoragii meningiene, incompatibilitatea sangvină, lezarea cohleară. Avem, de asemenea, anoxia (asfixia albastră), cauzată de neoxigenarea fetusului în timpul travaliului, datorită răsucirii cordonului ombilical, toate acestea provocând repercusiuni în dezvoltarea normală ulterioară a sistemului nervos. Traumatismele obstreticale pot şi ele provoca hemoragii în urechea internă, icterul nuclear- bilirubinemia.

c). Surdităţi postnatale,

determinate de traumatisme cranio-celebrale, boli infecțioase (meningita, encefalita, scarlatina, rujeola, pojarul, tusea convulsivă, oreionul, febra tifoidă, etc.), otita, factori toxici (intoxicațiile), boli vasculare, subalimentația cronică, traumatismul sonor (întreprinderi zgomotoase), cauze medicamentoase (streptomicină, neomicină, canamicină, gentamicină, trombomicină şi chiar aspirină şi chinină doze mari). La acestea se adaugă şi alte cauze cu efecte negative la nivelul urechii interne, medii sau externe.

În cazul în care leziunea se află în creier, surditatea este mult mai gravă şi poartă denumirea de surditate corticală.

1.4.Gradele deficitului auditiv

Auzul normal percepe sunetele la o intensitate de la 0 – 20 şi chiar 30 dB. Perceperea sunetelor la intensități de peste 20 dB indică pierderi

uşoare, medii şi severe ale auzului, iar pierderile profunde se produc la peste 90 dB.

După Biroul Internațional de Audiofonologie, se estimează următoarele :

- între 0 – 20 dB - audiția este normală (poate auzi o conversație fără dificultăți) ;

- între 20 – 40 dB – deficit de auz lejer sau hipoacuzie uşoară (poate auzi conversația dacă nu este îndepărtată) ;

- între 40 + 70 dB - deficit de auz mediu sau hipoacuzie medie (poate auzi conversația de foarte aproape şi cu dificultăți. Necesită proteză.

- între 70 – 90 dB – dificultate de auz severă sau hipoacuzie severă (poate auzi zgomote, vocea şi unele vocale. Şi acest deficit se poate proteza.

- peste 90 dB avem un deficit de auz profund, surditate sau cofoză (aude unele sunete foarte puternice dar provoacă şi senzații dureroase).

Sunt şi alte tipuri de surditate, utilizate în egală măsură în surdopsihopedagogie.

Alte tipuri de deficiență de auz sunt raportate la locul instalării traumei cum sunt următoarele:

1). surditate de transmisie. Aceasta constă în diminuarea auzului la o intensitate de până la 60-70 dB. Se operează şi apoi se protezează cu rezultate foarte bune. Perceperea este mai bună pentru sunetele înalte în raport cu cele grave :

2). surditate de percepție. Nu se operează şi necesită protezare cu aparate speciale, cât şi educație ortofonică clasică. Pierderea auzului poate depăşi 120 dB. Perceperea sunetelor acute este defectuoasă. Sunt diminuate şi vocea şoptită şi vocea tare.

3). Surditate mixtă. Prezintă atât caracteristici de transmisie (protezabile), cât şi de percepție.

1.5. Testarea auzului.

1.5.1. Măsurarea intensității, scara decibelilor.

Decibelul este cea mai mică unitate de măsură convențională a intensității sunetului. Reprezintă a 10-a parte dintr-un bel şi corespunde, aproximativ , foşnetului unei frunze de plop pe o vreme liniştită.

Sunetul cel mai slab pe care îl poate detecta urechea umană are o amplitudine de 20 micropascali. Urechea umană poate tolera o presiune a sunetului de 1.000.000 de ori mai mare. Scara decibelilor este logaritmică şi foloseşte pragul auzului de 20 A drept nivel de referință sau sunet standard.

Frecvența este măsurată în Hertzi. Omul poate să audă o gamă de frecvențe de la 20-20.000 Hz.

Hz-ul reprezintă unitatea de măsură în vibrații duble pe secundă. Cu cât ceva vibrează mai repede, cu atât frecvența va fi mai mare, implicit şi înălțimea. Tăria depinde de nivelul de presiune a sunetului, care este măsurată în dB.

Date fiind toate acestea, este necesară măsurarea auzului cu o cât mai mare precizie. Cercetările audiometrice confirmă faptul că peste 90% dintre surzi posedă resturi de auz în diferite grade. Acestea sunt depistate prin aplicarea unor măsuri şi procedee tehnice, cum sunt :

a. Acumetria fonică (testarea auzului cu ajutorul vocii).

Este o metodă rapidă şi la îndemână pentru specialişti , cât şi pentru părinți. Vocea utilizată la examinare este cea şoptită, cea de comunicare obişnuită sau cea de strigare.Tehnica examinării : copilul este aşezat pe un scaun cu spatele la examinator cu o ureche liberă, iar cu cealaltă astupată, într-o cameră liniştită şi spațioasă de minim 6 m, marcată cu cretă. Perceperea vocii obişnuite între 8-6 m presupune auz normal ; între 6-4 m presupune o scădere uşoară a auzului; între 4-1 m presiune o pierdere mijlocie a auzului ; sub 1 m presupune o pierdere foarte mare a auzului.

b. Acumetria instrumentală

este o altă metodă ce se realizează prin examinarea cu diapazoane şi serveşte la compararea audiției pe cale osoasă cu audiția obişnuită pe cale aeriană sau timpanică. Cele mai frecvente metode de control a audiției cu ajutorul diapazoanelor sunt :

- **proba Schwabach** – prin plasarea diapazonului pe mastoidă se compară durata percepției auditive a examinatorului (presupus cu auzul normal) cu cea a examinatului ;

- **testul lui Rinne**, cu ajutorul căruia se poate realiza verificarea separată a fiecărei urechi, odată cu blocarea urechii opuse. Diapazonul, în vibrație, se aplică pe apofiza mastoidă şi în cazul în care sunetul nu este perceput se apropie de meantul auditiv. Când surditatea este localizată la urechea medie, subiectul nu aude sunetul, dacă este îndepărtat de os, iar dacă auzul este normal, sunetul poate fi auzit un timp şi după încetarea percepției osoase.

- **testul lui Weber** se bazează pe faptul că persoanele normale percep tonul diapazonului ce este aplicat pe frunte. Când diapazonul este

aplicat pe linia mediană a frunţii unui handicapat cu surditate unilaterală a urechii medii, sunetul diapazonului va fi perceput mai puternic în urechea bolnavă, iar atunci când surditatea este provocată de afectarea labirintului sau a nervului auditiv unilateral, sunetul este auzit în urechea normală.

c. Audiometria tonală şi vocală

Este o metodă avansată de măsurare a auzului pe toate frecvenţele, cu ajutorul unui aparat radio- electric (audiometrul). Ea are o mare precizie , şi pe baza ei se alcătuieşte audiograma. Se măsoară fiecare ureche în mod separat şi se notează, convenţional, urechea dreaptă cu un cerculeţ de culoare roşie, iar cea stângă , cu un X de culoare albastră (fig.4)

1.6. Caracteristici ale funcţiilor şi proceselor psihice.

Gândirea

C. Pufan (1982) arată că surdul nedemutizat posedă o gândire obiectivă în imagini şi un limbaj mimico-gesticular, dar acestea se desfăşoară în anumite limite, ca urmare a faptului că ei operează cu imagini generalizate, iar analiza, sinteza, comparaţia, abstractizarea şi generalizarea, realizate preponderent prin vizualizare, duc la o serie de caracteristici legate de concretism, rigiditate, şablonism, îngustime şi inerţie în desfăşurarea activităţii de gândire.

Comparativ cu gândirea auzitorului, cea a surdomutului are un conţinut concret neevoluat, iar abstractizarea este prea puţin accesibilă acestor forme de gândire. Abstractizarea va deveni, treptat, accesibilă în procesul gândirii naţional-verbale, care evoluează odată cu demutizarea.

În procesul demutizării, deficientul de auz trece treptat de la limbajul gestual la cel verbal şi de la gândirea în imagini la cea noţional – verbală. În felul acesta, informaţiile senzoriale se completează cu cele intelectuale, în care se vehiculează proprietăţi de cauzalitate şi esenţializare ale obiectului. Pentru a ajunge într-un asemenea stadiu, gândirea handicapatului de auz trece prin faze diferite.

Ca urmare a dezvoltării gândirii şi limbajului, se produc influenţe pozitive la nivelul întregii activităţi psihice, odată cu restructurarea personalităţii şi comportamentului subiectului pe direcţia organizării, ordonării însuşirilor de personalitate şi de ierarhizare şi adaptare a acţiunilor la situaţiile date.

Reprezentarea

La surd, reprezentarea este un analog al noţiunii, dar nu şi un echivalent total al ei. Prin specificul ei, imaginea generalizată asigură conţinutul reflectării senzoriale şi senzorial-motrice, în cazul de faţă având o încărcătură evident vizual - motrică. Treapta senzorială a cunoaşterii (senzaţii şi percepţii) poartă pecetea limbajului mimico-gesticular şi a imaginilor generalizate, adică a reprezentărilor pe plan operaţional.

Memoria

Memoria are, aproximativ, aceleaşi caracteristici cu ale normalului auzitor în sfera afectivă şi motorie. Memoria cognitiv – verbală se dezvoltă mai lent în procesul demutizării în timp ce memoria vizual – motrică şi afectivă este mai bine dezvoltată.

Imaginaţia

Imaginaţia la surd, constă în capacitatea de crea reprezentări noi, pe baza ideilor, senzaţiilor, percepţiilor acumulate anterior cu o evidentă specificitate vizual-motorie.

Limbajul şi afectivitatea

Există o relaţie strânsă între limbajul oral şi limbajul semnelor, de evoluţia căruia depinde funcţionalitatea dezvoltării comunicării şi integrării subiectului în societatea auzitorilor.

Limbajul semnelor îi lipsesc pe surzi de posibilitatea inserţiei sociale. Prin învăţarea limbajului gestual de timpuriu, se tinde spre trecerea directă de la limbajul semnelor la scriere, fără a se utiliza, ca bază de învăţare, vorbirea orală. Specialistul francez J. Lillo (1986) este de părere că bilingvismul pragmatic al limbajului semnelor şi al celui oral (cuvântul) trebuie să fie introdus paralel în educaţi precoce a deficienţilor de auz. Astfel, trebuie să se asigure încă din educaţia timpurie o comunicare eficace a copilului cu anturajul său.

Se apreciază că nivelul global al limbajului oral şi al celui scris, ca şi al lecturii, este foarte scăzut în cadrul celor care folosesc, preponderent, metoda orală. Prin urmare, folosirea metodei orale, pure, chiar în educaţia timpurie, înseamnă a lipsi copilul de o comunicare reală, atâta timp cât limbajul oral nu este bine instalat.

Pentru stimularea limbajului oral , este indicat să se asigure plasarea copilui în mediul vorbitor, încă din creşe şi va continua paralel cu grădiniţa şi şcoala specială ; introducerea în forme de educaţie auditivă ; educarea lecturii labiale şi stimularea perceperii vizuale ; introducerea limbajului semnelor în educaţia precoce , pentru facilitatea afirmării expresiei afective , sesizarea fără efort a informaţiei, inserţia socială, dezvoltarea psihică generală, etc.

Dar trebuie precizat că exagerarea la folosirea limbajului gesturilor poate deveni un obstacol pentru învățarea limbajului oral.

1.7. Protezarea deficienților de auz

Folosirea protezelor auditive are un caracter compensator şi contribuie la însuşirea comunicării verbale. Această aparatură îi ajută pe hipoacuzici şi face posibilă şcolarizarea împreună ci auzitorii.

Protezarea este eficace, mai ales, hipoacuziile uşoare şi mijlocii, şi ridică o serie de probleme în handicapul auditiv sever sau la surzii cu resturi auditive.

Referitor la vârsta optimă pentru protezare , unii autori susțin ideea că protezarea trebuie făcută cât mai de timpuriu atât pentru obişnuirea copilului cu proteza, cât şi pentru facilitatea achiziției limbajului, iar alții sunt de părere că protezarea trebuie făcută cu precauție şi la vârste mai mari, motivând că proteza, uneori, duce la deteriorarea resturilor auditive.

După criteriul amplificării, protezele se pot împărții :

a. cu amplificare lineară, ce sporesc nivelul audiției cu 30-40 dB pe toate frecvențele ;

b. cu amplificare selectivă, ce amplifică numai frecvențele care sunt necesare audibilității ;

c. prin compresie, cu ajutorul cărora se diferențiază şi selectează frecvențele utile de cele inutile.

După locul amplasării, protezele pot fi: ataşate de corp; la nivelul urechii externe; introduse în canalul auditiv; la nivelul urechii interne.

1.8. Metodologia demutizării şi organizarea unităților speciale.

În țara noastră, organizarea unităților speciale se bazează pe gradul pierderii auzului sau pe forma deficienței. În afara grădinițelor, copii cu o pierdere parțială a auzului (hipoacuzici) beneficiează, ca şi cei cu surdo-mutitate, de şcoli speciale. În şcolile pentru hipoacuzici, metodologia instructivă este aproximativ asemănătoare cu cea pentru auzitori.

În şcolile pentru surdo.- muți, centrarea se face pe procesul demutizării, pentru a transforma copilul surdo-mut în surdo-vorbitor. În ambele cazuri, dinamica procesului instructiv – educativ se realizează de la simplu la complex, de la subiectiv la obiectiv, de la prelogic la logic, de la concret la abstract, luându-se în considerare factorii dezvoltării psihice, de cultură şi educație, de experiență şi învățare, de potențial restant şi de perspectivă a dezvoltării intelectuale.

Integrarea copilului în activitatea şcolară şi trecerea sa printr-un program de recuperare se bazează pe evaluarea şi diagnosticul capacităților sale pentru a putea ajunge la o apreciere corectă a evoluției probabile (prognoză). Aici psihodiagnoza are rolul de a diferenția tulburările organice de cele funcționale, de a stabili rolul factorilor socio-culturali şi familiali în raport cu cei ereditari, de a depista alți factori etiologici şi de a estima nivelul handicapului. De asemenea, trebuie să adapteze metodologia specifică compensativ- recuperatorie ce cuprinde învățarea şi educarea la acest nivel al handicapului.

Demutizarea presupune însuşirea celor trei laturi ale limbajului : 1) latura fonetică (articularea fonemelor şi a structurilor fonetice specifice fiecărei limbi) ; 2) lexicul ; 3) structura gramaticală.

Deficienții de auz îşi însuşesc cele trei aspecte ale limbajului în mod dirijat, prin colaborarea strânsă dintre familie, specialist, grădiniță, şcoală. Demutizarea presupune, din partea specialistului, cunoştințe din domeniul ortofonic (fonetic), psiholingvistic, gramatical, acustic şi surdodidactic.

Întrebări/probleme pentru autoevaluare

1. Analizați evoluția şi importanța cunoştințelor cu privire la deficiența de auz.
2. Remarcați etiologia şi formele deficienței de auz.
3. Subliniați metodele de testare a auzului, în vederea protezării diferitelor forme de deficit.
4. Comparați caracteristicile activității psihice la surzi şi hipoacuzici odată cu sublinierea metodologiei demutizării în pregătirea subiectului pentru integrarea în societate.

Bibliografie minimală

1. LILLO J.,- „LES FINALITES ET LES MODALITE DE LA COMMUNICATION DANS L'EDUCATION DES DEFICIENTS AUDITIFS" EN BULLETIN D'AUDIOPHNOLOGIE, NO.1,1986
2. POPA MARIANA- „COMUNICARE ŞI PERSONALITATE LA DEFICIENTUL DE AUZ", BUCUREŞTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2001
3. PUFAN C.,- „PROBLEME DE SURDOPSIHOLOGIE", VOL.I ŞI II , BUCUREŞTI E.D.P., 1972 ŞI 1982
4. ROZOREA, ANCA, - „PSIHOPEDAGOGIA DEFICIENȚILOR DE AUZ ÎN DEFICIENȚELE SENZORIALE DIN PERSPECTIVA PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE Partea a II-a", E.D. EX PONTO, CONSTANȚA, 2003. (pg. 11 – 38; 127 – 256; 317 – 318)
5. STĂNICĂ I, POPA MARIANA, POPOVICI D.V.,- „PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ- DEFICIENȚA DE AUZ", BUCUREŞTI, ED. PRO-HUMANITATE, 2001
6. VERZA E.F.- „INTRODUCERE ÎN PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ ŞI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ", BUCUREŞTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2002.(pg. 69 – 96)

Unitatea de învățare nr. 2
DEFICIENȚA DE VEDERE

CUPRINS:

- Problematica tiflopsihopedagogiei;
- Etiologie şi clasificare în deficiența de vedere;
- Tulburările refracției oculare;
- Opacitățile mediilor refringente;
- Afecțiunile retinei;
- Afecțiunile de la nivelul nervului optic şi ale căilor optice intracraniene;
- Formele cecității corticale;
- Dezvoltarea psihică a persoanelor cu deficiență de vedere;
- Învățarea scris-cititului în Braille;
- Integrarea socioprofesională;
- Orientarea în spațiu şi timp a deficienților de vedere;
- Problema compensării;

Scopurile unității de curs

- să se adopte o imagine unitară asupra deficienței de vedere ;
- să se înțeleagă posibilitățile de dezvoltare şi de integrare socială a persoanelor cu deficiență de vedere, a posibilităților acestora de a participa în mod activ la procesul educațional-recuperativ.

Obiective

- dezvoltarea abilităților de operare cu conceptele specifice deficienței de vedere şi înțelegerea evoluției acestora în decursul timpului;
- să se însuşească simptomatologia specifică deficienței de vedere,pentru a cunoaşte particularitățile ce îi caracterizează;

- să se conştientizeze acțiunea factorilor etiologici asupra structurii biopsihice şi influența nocivă a acestora;
- să se rețină multitudinea de forme ce se desprind din deficiența de vedere;

Conținuturile de invățare

- noțiunea de handicap de vedere şi evoluția acesteia;
- diversitatea de factori ce influențează dezvoltarea psihică în handicapul de vedere;
- clasificarea deficienței de vedere;
- evoluția psihică în funcție de gradul deficenței;
- învățarea scrierii şi citirii în alfabetul Braille;
- specificul integrării socio-profesionale;
- limite şi posibilități de orientare în spațiu a deficienților de vedere;
- probleme legate de compensare.

2.1. Problematica tiflopsihopedagogiei

Definiție:

Tiflopsihologia este o ramură a psihopedagogiei speciale sau a defectologiei, având ca obiect de studiu legile specifice şi fenomenele ce caracterizează dezvoltarea diverselor structuri ale personalității deficienților vizuali (nevăzători şi ambliopi), a instruirii şi educării acestora, cu scopul fundamentării ştiințifice a măsurilor şi metodelor menite să contribuie la recuperarea şi integrarea socială a diferitelor categorii de deficienți.

Inițial, deficiența de vedere produce un dezechilibru la nivel comportamental, influențând, negativ, relațiile subiectului cu mediul înconjurător. La deficienții de vedere din naştere, deşi apar dificultăți de relaționare, tensiunile interioare sunt mai reduse, spre deosebire de handicapul de vedere survenit (accidente, boli) unde dezechilibrele sunt foarte puternice, iar frământările îl marchează pe individ toată viața.

Este de menționat faptul că în problematica tiflopsihologiei intră nu numai cazurile de cecitate totală, dar şi categoriile de deficienți care prezintă diferite grade de diminuare a vederii, de la ambliopia uşoară până la ambliopia gravă şi cecitatea practică (orbii cu vedere reziduală).

Tiflologia, cu subramurile ei, tiflopsihologia şi tiflopedagogia, marchează şi ea caracterul de disciplină de graniță din cadrul psihopedagogiei speciale (defectologie) şi este centrată pe studiul particularităților psihice ale deficienței de vedere, evoluția activității psihice şi dezvoltarea operațiilor instrumentale , constituirea structurilor de personalitate şi organizarea activității instructiv – educative , a celor educațional – recuperative în vederea pregătirii subiectului pentru viață. În acest scop, din tiflopsihologie s-a diferențiat o parte specială, denumită tiflometodică, axată pe metodologia predării disciplinelor de studiu cuprinse în programa şcolară , iar din tiflopsihopedagogie s-a constituit tiflotehnica, ca parte teoretico-practicî a construirii şi folosirii materialului didactic şi a aparaturii de utilizare în activitățile scolare.

Deficiența vizuală poate fi parțială, cand diminuarea acuității vizuale centrale este cuprinsă între 0,05 – 0,2(ambliopia) sau totală (cecitatea).

Unele societăți din antichitate, cât şi de mai târziu, valorizau pe unii nevăzători pentru înțelepciunea de care dădeau dovadă, şi din rândul lor se constituia sfatul comunității (sfetnicii). Despre Homer, autor al Iliadei şi Odiseei, se spune că era nevăzător, iar justiția era înfățişată prin chipul zeiței Atena, legată la ochi. Aceiaşi apreciere deosebită pentru competența nevăzătorilor l-ar fi determinat pe cunoscutul filosof Democrit (460-370 î.e.n), ca la bătrânețe, să-şi provoace orbirea, trăind cu convingerea că în felul acesta îşi ajută spiritul să pătrundă tot mai adânc în tainele cunoaşterii. Mai târziu, Aristotel , preocupat de această deficiență, a încercat să explice orbirea din perspectivă filosofică şi a subliniat implicațiile acesteia îndezvoltarea ființei umane. Pedagogul Komenski a demonstrat necesitatea instruirii orbilor pornind de la evidențierea capacităților lor psihice, iar filosoful francez Diderot, în lucrarea intitulată „ Scrisoare asupra orbilor „, reuşeşte să surprindă caracteristici psihice importante pentru domeniul tiflopsihologiei (prieteni ai ordinii, cunoaşterea obiectelor cu ajutorul tactului, aprecierea cu precizie a timpului prin considerarea succesiunii ideilor şi a acțiunilor etc.).

2.2. Etiologie şi clasificare în deficiența de vedere

Nu există factori deosebiți care să determine pierderea totală sau numai parțială a vederii, şi de aceea cauzele cecității şi ambliopiei nu pot fi studiate separat. Astfel, gravitatea deficienței este dependentă şi de modul cum sunt receptați de organism factorii respectivi, vârsta la care se produce deficiența, rezistența organismului sau fragilitatea acestuia, capacitatea individului de a depăşi momentele grele , etc. Ca atare, dintre cele mai cunoscute şi frecvente cauze şi forme ale deficienței de vedere le menționăm pe următoarele:

2.2.1. Tulburările refracției oculare (ametropiile)

Formarea imaginii retiniene normale depinde de două elemente principale:

- în primul rând, de starea de refracție a ochiului ;

- în al doilea rând, de transparența perfectă a mediilor refrigerente.

Rezultă că principala condiție pentru formare corectă şi adecvată a imaginilor pe retină constă în structura normală a globului ocular (fig.1) . Ochiul care prezintă o refracție normală se numeşte emetrop, iar tulburările de refracție se numesc ametropii, iar funcționalitatea normală depinde de integritatea tuturor elementelor externe şi interne .

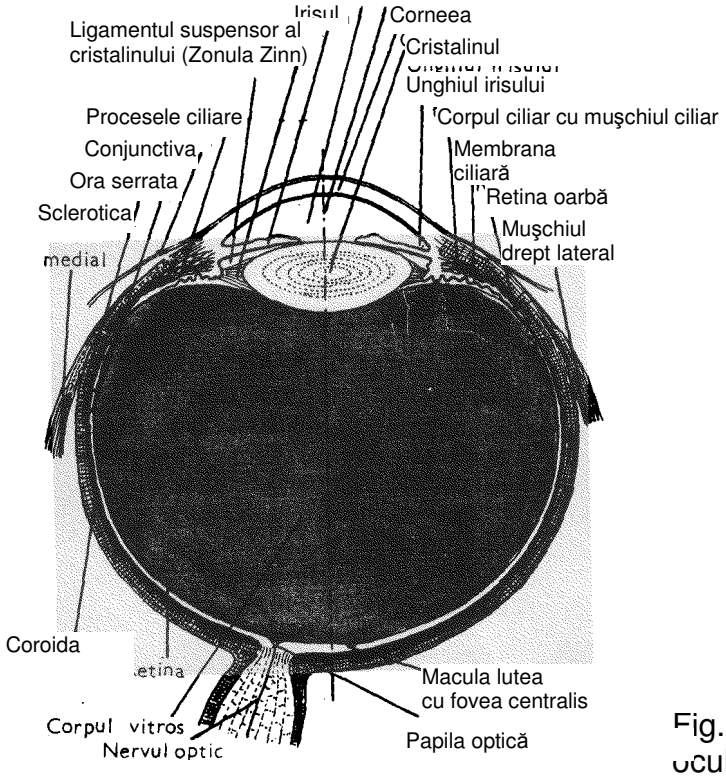

Fig. 1 – Structura globului ocular (după Eycles)

Ca ametropii putem vorbi de:

a). *Miopia*.

Ochiul miop prezintă anomalii morfofuncționale, din care rezultă formarea focarului razelor de lumină în fața retinei, astfel încât imaginea retiniană devine neclară (fig.2).

Miopul percepe clar obiectele aflate în apropiere, acestea fiind exact reproduse pe retină, spre deosebire de obiectele aflate la distanţe mai mari, care sunt văzute difuz. Corectarea optică a miopiei se realizează cu lentile divergente, concave (notate cu minus).

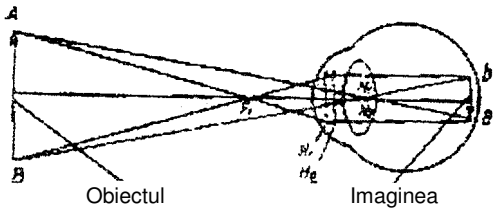

Fig 2. – Schema formării imaginii pe retină

La rândul lor , miopiile pot îmbrăca două forme :

- miopia benignă (sau şcolară) : se caracterizează printr-o dinamică progresivă lentă. Creşterea miopiei benigne continuă, de obicei, numai până la vârsta de 20-21 ani (atât cât există tendinţa de creştere a întregului organism). În general, miopia benignă nu depăşeşte 6 până la 10 dioptrii.

- cea de a doua formă de miopie este **miopia malignă** (miopie foarte progresivă) . Aceasta trebuie privită ca o afecţiune oculară gravă, prezentând o tendinţă progresivă, ceea ce face să se ajungă uneori la 15-40 dioptrii. În cazul miopiei ce prezintă multe dioptrii, corectarea nu se poate realiza decât partial.

b). Hipermetropia

Constă într-o refracţie diminuată sau într-o micşorare a diametrului antero-posterior al ochiului, astfel încât focarul principal al razelor de lumină se formează în spatele retinei, imaginea retinei fiind, de asemenea neclară. Obiectele sunt percepute mai clar la distanţă şi mai difuz în apropiere.

Copii şi tinerii compensează relativ uşor hipermetropia mică şi medie prin procesul acomodării, fiind vorba, în acest caz, de hipermetropie latentă (nu sunt necesare mijloace optice – lentile). În cazul hipermetropiei mai mari, care se datorează unei malformaţii oculare (globul ocular este mai scurt) şi atunci se asociază cu ambliopie congenitală, se recomandă corijarea optică integrală (lentile convexe, notate cu +).

Hipermetropia nu trebuie confundată cu presbiopia (presbiția), care nu este un viciu de refracție, ci o manifestare fiziologică pentru vârstele de peste 45-50 ani, datorându-se pierderii elasticității cristalinului, deci a acomodării (fig.4).

c.) Astigmatismul

Datorat unei structuri deficitare a corneei care prezintă în fiecare meridian o altă putere de refracție, rezlutând imagini retiniene deformate (punctul poate fi văzut ca virgulă, cercul ca un elipsoid).

Si astigmatismul poate cuprinde forme particulare de tipul miopic, hipermetropic şi foarte rar astigmatism pur.

Corijarea optică se obține cu ajutorul lentilelor cilindrice. Astigmatismul mare şi congenital se asociază, frecvent, cu o ambliopie înnăscută.

d.) Anizometropia

Este determinată de existența unei diferențe de refracție intre cei doi ochi din care unul este emetrop iar celălalt cu tulburări de refracție (ametrop). Există şi posibilitatea ca ambii ochi să fie ametropi, dar cu puteri de refracție diferite.

2.2.2. Opacitățile mediilor refringente.

Opacifierea mediilor de refracție, care în mod normal sunt perfect transparente, duce, în funcție de localizare şi extinderea opacităților , la deficiențe vizuale de diferite grade .

Aceste opacități ale mediilor refrigerente sunt determinate de traumatisme grave, procese inflamatorii grave, distrofii ireversibile, de uscare a corneei şi de factori care au acționat în viața intrauterină (factori congenitali).

Dintre traumatisme, amintim plăgile, provocate de corpi străini şi arsurile, cauzate de substanțele bazice şi acide. În aceste cazuri, vindecarea se face, de cele mai multe ori, cu alterări cicatriciale pronunțate.

Procesele inflamatorii care provoacă opacitățile definitive ale corneei debutează ori pe conjunctivită şi se extind secundar asupra corneei, ori

apar direct pe cornee. Dintre procesele inflamatorii amintim : oftalmia blenoragică a nou-născuţilor, trahomul, scrofuloza corneană, keratita perenchimatoasă şi ulcerul serpiginos.

a. Keratita

Se manifestă in a doua decadă de vârstă prin creşterea distorsiunii câmpului vizual şi a vederii la distanţă. Este recomandat transplantul de cornee (keratoplastie) şi lentile de contact rigide.

b. Leucomul

Sau opacifierea corneană cicatriceală – apariţia unei cicatrici groase, albe, care suprimă parţial sau total transparenţa corneei prin blocarea circulaţiei umorii apoase rezultând scăderea sensibilităţii de contrast, a acuităţii vizuale şi apariţia scotoamelor.

c. Cataracta

Congenitală sau dobândită, constă în opacifierea totală sau parţială a cristalinului şi are la bază cauze de genul intoxicaţiilor medicamentoase, agenţilor fizici, rubeolei, etc

d. Aniridia

Lipsa membranei irisului sau subdezvoltarea acestuia – este o boală ereditară care duce la diminuarea acuităţii vizuale cu până la 2/10, fotofobie, îngustarea câmpului vizual, cataractă, luxaţie de cristalin, opacifiere de cristalin, glaucom şi strabism. Necesită corijare cu lentile obscure, iluminat slab, protejare de soare.

e. Keratomalcia

Dintre procesele distrofice grave şi ireversibile ale corneei trebuie amintită keratomalcia (carenţa vitaminei A), care se manifestă la sugarul cu distrofie generală.

f. Necroza

Uscarea corneei sau necroza constituie un fenomen secundar ce se poate manifesta după unele afecţiuni conjunctivale grave (trahom). Oprirea secreţiei lacrimale şi lipsa umectării ochiului cu lichidul lacrimal cauzează opacifierea corneei şi instalarea unui defect vizual ireversibil.

4.2.3. Afecţiunile retinei (retinopatiile) ce pot fi congenitale sau dobândite.

Retinopatiile privesc organul propriu-zis de recepţie a imaginii vizuale, fiind periculoase pentru funcţia vizuală. Ele diminuează acuitatea vizuală centrală, vederea cromatică şi diurnă, ca şi acuitatea vizuală periferică, vederea crepusculară, cu păstrarea relativă a acuităţii vizuale centrale. În această categorie se încadrează : atrofia optică, degenerescenţa retiniană ereditară şi ablazia centrului retinei (*albinismul şi nictalopia*).

Retinopatiile dobândite privesc dezlipirea de retină, afecţiunile vasculare ale ochiului, boli generale cu accidente retiniene şi tumorile maligne ale retinei iar retinopatiile congenitale duc, de cele mai multe ori, la cecitate(orbire).

2.2.4. Afecţiunile de la nivelul nervului optic şi al căilor optice intracraniene.

Aceste tulburări pot fi localizate în interiorul globului ocular, la nivelul papilei optice, sau în spatele ochiului. Ele sunt cauzate de procese inflamatorii, modificări degenerative, afecţiuni retrobulbare ale nervului optic prin intoxicaţii, tumori â, traumatisme, afecţiuni ale traiectului optic, atrofia nervului optic.

2.2.5. Formele cecităţii corticale

Din tabloul clinic al afecţiunilor centrilor vizuali superiori fac parte : scotoamele (pete oarbe sau puncte albe în câmpul vizual), fotopsiile (fenomene de exercitare optică de tipul unor fulgere şi scântei), aceste epileptiforme cu halucinaţii vizuale, cecitatea psihică (se numeşte şi agnozie optică şi înseamnă imposibilitatea de a identifica vizual, obiectele, pacientul trebuie să recurgă la investigaţii tactile, auditive şi olfactive).

O menţiune aparte o facem în legătură cu *glaucomul* ce este o afecţiune extrem de gravă , simptomul principal fiind creşterea tensiunii intraoculare ce duce la excavaţia papilei şi la atrofierea globului ocular. Are caracter progresiv, leziunile apărute fiind ireversibile şi constituie, de multe ori, o cauză a orbirii la vârstele adulte. Se caracterizează prin dereglări ale campului vizual (restrângerea acestuia), tulburări ale sensibilităţii cromatice, lăcrimare excesivă, fotofobie,opacifierea cristalinului. Este o boală evolutivă ce duce iremediabil la orbire. Pe parcursul evoluţiei bolii apar dureri ale globului ocular, stări de vertij, lărgirea petei oarbe şi scotoame.

Aceeaşi subliniere o merită şi *strabismul* ce constă în tulburări în structura orbitei, a muşchilor oculari, a fuziunii imaginilor. Strabismul poate fi latent (heterotrofia) şi manifest.

Strabismul latent este caracterizat de faptul că poziţia strabică a ochiului nu este vizibilă, iar deviaţia poate fi compensată printr-un efort muscular suplimentar. Se corectează prin acoperirea unui ochi şi folosirea de ochelari.

În cazul strabismului manifest (estropia), devierea ochiului este vizibilă uşor.

2.3. Dezvoltarea psihică a persoanelor cu deficienţă de vedere

Dezvoltarea psihică a deficientului de vedere este relativ normală, dacă persoana îşi desfăşoară viaţa într-un mediu favorabil din punct de vedere cultural şi afectiv.

Percepția

Caracteristicile psihice pot fi afectate – mai mult sau mai puțin. Astfel, percepția depinde de forma şi gradul deficienței, de vârstă şi de dezvoltarea psihică a subiectului. Ea este fragmentată, cu prezența unor imagini neclare şi frecvent distorsionate.

Desigur, dificultățile sunt legate de gravitatea deficienței de vedere. M. Ştefan (1999) subliniază, că în condițiile cecității, uneori cu resturi de vedere, caracterul sărac, incomplet şi eronat al percepțiilor se accentuează şi prin aceasta schemele perceptive nu contribuie, nemijlocit, la declanşarea reprezentărilor şi la actualizarea imaginilor complexe. De aici deducem că randamentul mintal poate fi scăzut în anumite cazuri, datorită unei dificile actualizări a imaginii, ceea ce duce la întârzieri în planul gândirii şi al achiziției operațiilor instrumentale.

Există o serie de măsuri bazate pe compensare, care antrenează, perfecționează şi dezvoltă percepția vizuală. Aceste măsuri se dovedesc a fi de ajutor, mai ales atunci când ele se corelează cu antrenarea altor modalități de recepție, cum sunt cele tactil-kinestezice invocându-se cât mai des experiența optică anterioară a subiectului.

Reprezentările

În ceea ce priveşte reprezentările, caracterizarea lor se face în funcție de forma deficienței de vedere şi de momentul apariției acesteia. Reprezentările sunt dependente şi de integritatea analizatorilor. Pentru persoanele cu deficit congenital, imaginile mintale sunt legate de componentele auditive. La deficientul tardiv sau în ambliopie, există urme ale unor imagini mentale ce sunt stimulate verbal. La nevăzători, are loc formarea şi dezvoltarea unor reprezentări spațiale pe baza explorării tactil-kinestezice a obiectelor. Volumul, forța, cantitatea şi calitatea reprezentărilor sunt în decalaj față de cunoştințele verbale, ceea ce se observă în recunoaşterea unor obiecte sau fenomene şi în capacitatea redusă de actualizare a unor caracteristici definitorii.

Gândirea şi limbajul

Decalajul de care vorbeam anterior, se instalează datorită dezvoltării limbajului, a comunicării şi existenței unui volum redus de imagini. Desigur, acest fenomen apare în favoarea vorbirii, tocmai datorită dificultăților ivite în actualizările imaginilor percepute. Acest lucru duce la o stimulare parțială a gândirii, care nu dispune de un suport intuitiv, ajungându-se la dificultăți în folosirea generalizărilor şi abstractizărilor. Este redusă şi capacitatea de analiză şi sinteză optică, care se accentuează când este prezent şi un retard mintal, şi în felul acesta apar dificultăți în însuşirea operațiilor instrumentale. Atât gândirea cât şi vorbirea se sprijină pe date senzoriale ale realității obiective, date cu ajutorul cărora se elaborează noțiuni, judecăți, raționamente.

La nevăzători, lipsa acestor date senzoriale, într-o măsură mai mare sau mai mică, duce la existența unui decalaj între latura abstractă şi cea

concretă a cunoaşterii. Ca urmare, îmbogăţirea vocabularului, la nevăzători, se face mai repede, ei folosind unele cuvinte fără a cunoaşte de fapt fenomenul sau obiectul desemnat de acestea. Acest decalaj caracterizează orbii în primii ani de instruire. Datorită explorării tactile kinestezice a obiectelor prin intermediul percepţiilor şi reprezentările tactile, nevăzătorii obţin date obiective adecvate realităţii.

Atenţia şi memoria

Sunt puncte forte ale nevăzătorilor. Atenţia este relativ bine dezvoltată, este favorabilă unei bune evoluţii a limbajului, deci orientează activitatea mintală prin audiţie, deosebit de importantă pentru ei. Nevăzătorul, neputând urmări cu precizia pe care o dă vederea existenţa unui obstacol sau evoluţia în spaţiu a unui obiect sau fenomen pe care-l percepe auditiv, trebuie să-şi deplaseze permanent atenţia, să o concentreze într-o direcţie sau alta după intensitatea şi semnificaţia stimulilor perceptivi.

Memoria are calităţi superioare, iar prin apelarea mereu la ea nevăzătorul sau ambliopul realizează un antrenament continuu al acesteia. Aceste persoane au posibilitatea actualizării unei mari cantităţi de informaţii acumulate, putând avea o eficienţă mult mai mare în planul memoriei decât văzătorii.

2.4. Învăţarea scris-cititului în Braille

În cazul ambliopilor, cu excepţia celor care prezintă afecţiuni ce duc, iremediabil , la orbire, este posibilă învăţarea sistemului scrierii obişnuite (alb-negru) însă se folosesc materiale didactice specifice, cum ar fi , înclinarea meselor, astfel încât vizualizarea să fie maximă, iluminarea cât mai bună a sălilor şi pe cât posibil aceasta să fie naturală, caiete şi cărţi speciale.

Nevăzătorii folosesc un sistem de scriere şi citire special, în care funcţia dominantă o are analizatorul tactil-kinestezic . Preocupările pentru a crea o scriere accesibilă orbilor datează din cele mai vechi timpuri. La început, s-au folosit noduri de sfori de cca. 1 – 1 ½ m care prin distanţa dintre ele, grosimea şi tipul lor (marină - 30 tipuri de noduri) căpătau semnificaţia unor litere sau cuvinte. S-a mai utilizat scrierea pe placă în relief, cât şi aranjarea unor pietre sub forma unor litere aşezate într-o ladă mare cu nisip. Toate aceste modalităţi de scriere prezentau un caracter limitativ. În 1809, Louis Braille, nevăzător în urma unui accident, a realizat un sistem logic de litere şi semne punctiforme, inspirându-se din scrisoarea secretă a unui căpitan din armata franceză, scriere folosită pe timpul nopţii. Braille realizează un alfabet format din 76 de semne diferite, fiecare semn fiind alcătuit din 1-6 puncte în relief. Punctele au înălţime de 1 mm şi o distanţă între ele de 2,5 mm

(măsurată de la centru). Este interesant faptul că Braille , deşi nu era psiholog, prin această înălțime şi distanță între puncte a sesizat pragul maximal al sensibilității tactice. Îmbunătățindu-şi propriul sistem alfabetic, el ajuns la 64 de combinații, rezultate din schimbarea poziției celor 6 puncte, alcătuind un alfabet punctiform cu 64 de semne de relief. Alfabetul creează aceleaşi posibilități de exprimare grafică cu cel alb-negru. La însuşirea scris-cititului în Braille participă 4 analizatori : auditiv, verbo-kinestezic, tactil şi kinestezic. Pe baza analizatorului auditiv, se realizează discriminarea fonetică şi învățarea emiterii corecte a sunetelor. Cu ajutorul analizatorului verbo-kinestezic se poate descompune cuvântul în foneme şi înțelegerea lui ca unitate semantică, pentru ca mai apoi să poată fi transpus în scris, sub formă de grafeme cu ajutorul analizatorilor tactil şi kinestezic. Alfabetul, semnele de punctuație, cifrele se realizează prin combinarea a 6 puncte ce îşi găsesc locul în fiecare celula plăcii de scris. Punctele sunt numerotate astfel :

4 1

5 2

6 3

Alfabetul este alcătuit pe principiul decadelor. Decada I cuprinde literele de la a – j. Aceste litere se realizează prin combinarea punctelor 1, 2, 3, 4, 5 (fig.3).

Decada II cuprinde literele de la k – t, formate din literele primei decade prin adăugarea punctului 3 (fig.3).

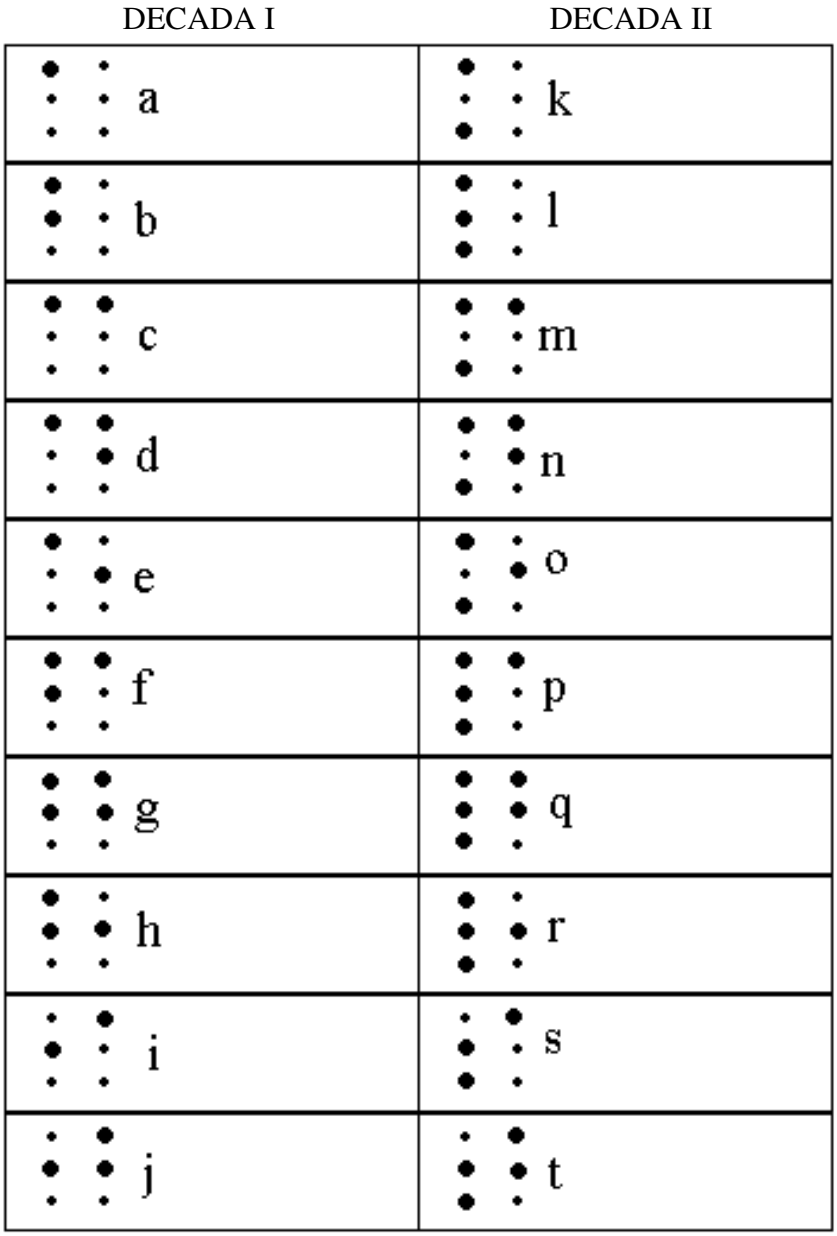

Figura 3

Decada III cuprinde literele de la u – z . Acestea se obțin prin decada I + punctele 3 şi 6 (fig.4)

Decada IV, formată din literele ă. â, î, ş, ț, w, se realizează prin adăugarea punctului 6 la semnele corespunzătoare din decada I (a, b, c, e, i, j) = ă= a + 6, etc. (fig.4).

DECADA III	DECADA IV
u	â (în română ă)
v	ê
x	i
y	ô
z	û
Ç(ş)	ë
é	ï
à	ü
è	sc,oe (în rom. ţ)
ù	w

Figura 4

Majusculele se formează prin punerea punctelor 4 şi 6 , imediat după litera respectiv. Şi semnele de punctuație se elaborează tot pe baza combinării celor şase puncte ale unei celule din plăcuța de scriere (fig.5).

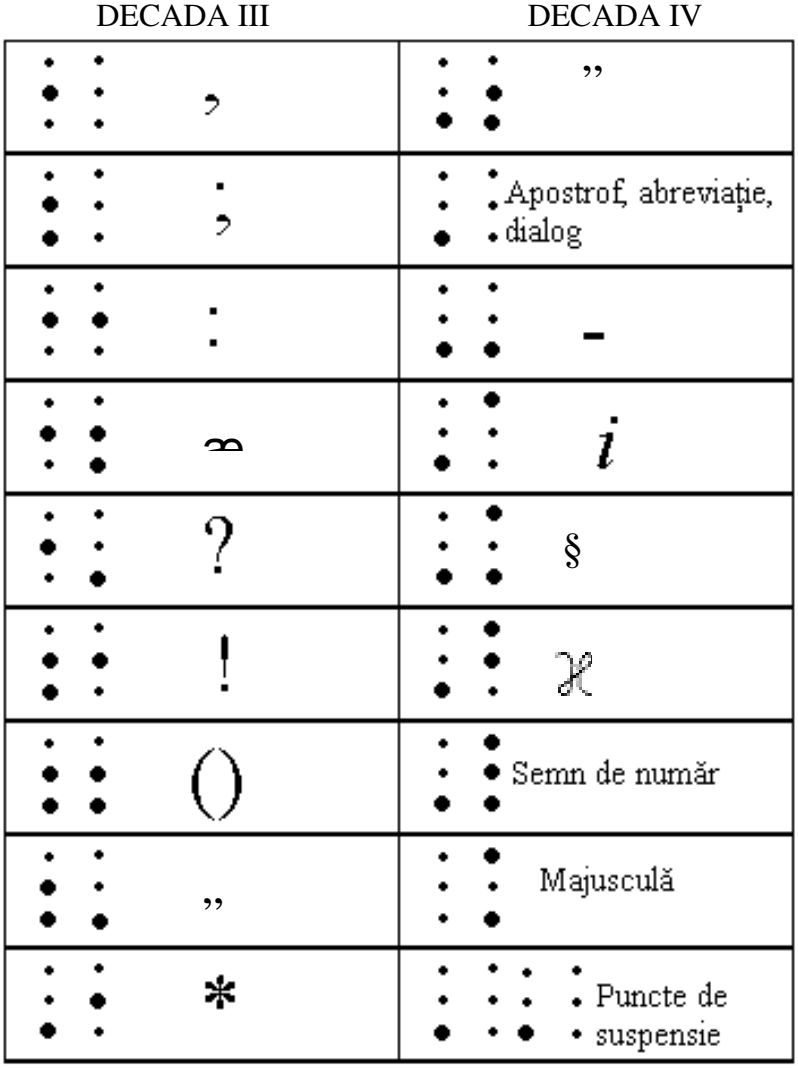

Figura 5

Pentru cifrele de la 1 – 10, se folosesc semnele primei decade şi fiecare semn este precedat de un semn format din punctele 3, 4, 5, 6 (fig.6).

CIFRELE ŞI SEMNELE MATEMATICE

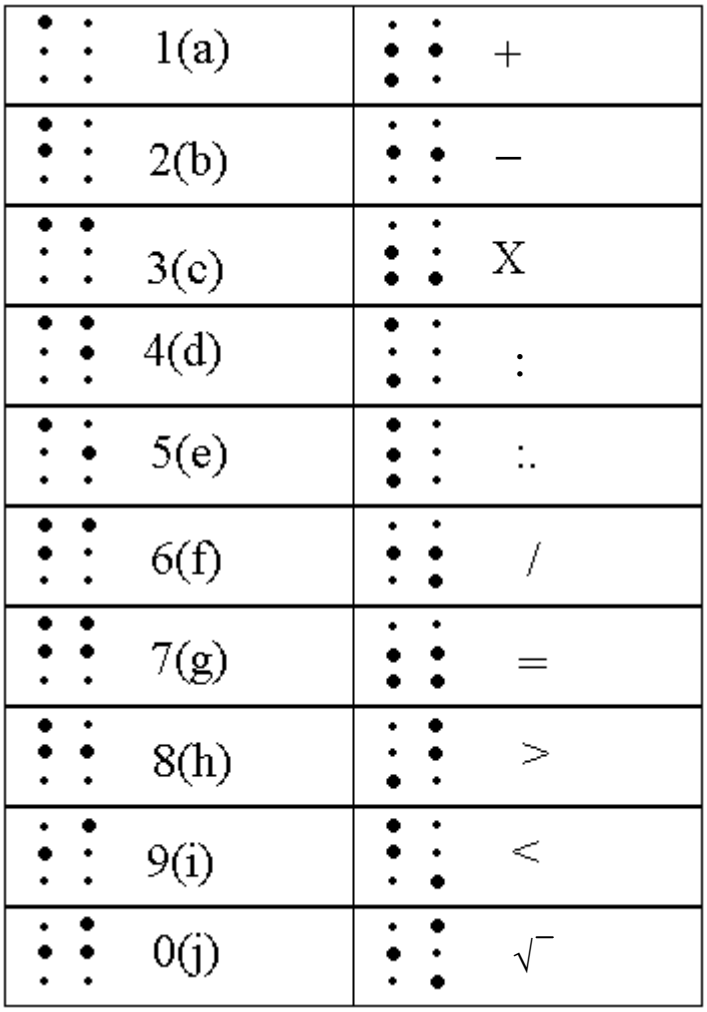

Figura 6

În scrierea Braille, litera scrisă nu este similară cu litera citită, fiind opusul imaginii primei.

Se foloseşte o plăcuţă cu căsuţe în care se pot înţepa cu punctatorul, unul sau 6 puncte, iar litera apare pe partea opusă a hârtiei înţepate (carton sau hârtie cerată). Scrierea se face de la dreapta la stânga, pentru ca apoi să poată fi citită de la stânga la dreapta prin întoarcerea foii. Punctatorul este utilizat, de obicei, de mâna dreaptă , în timp ce stânga , urmărind mâna dreaptă , identifică rândul următor la întoarcere. Citirea se face prin analizatorul tactil şi kinestezic al mâinii drepte, perceperea literelor făcându-se cu policile degetelor, iar mâna stângă îndeplinind rolul de control. Viteza creşte pe baza exerciţiului, dar şi în funcţie de calitatea hârtiei de scris.

2.5. Integrarea socio-profesională a persoanelor cu handicap de vedere

Datorită deficitului pe care îl prezintă, aceste persoane simt nevoia unei ordini depline, a aşezării şi păstrării obiectelor în locuri bine delimitate, bine ştiute pentru a putea fi uşor găsite. Sunt disciplinaţi şi manifestă un autocontrol faţă de comportamentele proprii, pentru a se adapta şi corela mai bine cu cei din jur.

În şcolile profesionale şi medii-tehnice, deficienţii de vedere (în mod special nevăzătorii) sunt pregătiţi pentru exercitarea unor profesii în care reuşesc să dea un randament maxim şi în care îşi găsesc o deplină satisfacţie. Dintre aceste meserii, menţionăm următoarele: maseori, asistenţi medicali, producători mobilă, telefonişti, radiotelefonişti, acordori de instrumente muzicale, confecţioneri de perii şi mături, obiecte de nuiele, nasturi, ambalaje din carton, tapiţeri, plăpumari şi altele. În acelaşi timp sunt mulţi nevăzători care absolvă o formă sau alta de învăţământ superior (alături de colegii lor normali) şi care realizează chiar performanţe superioare în domeniul respectiv.

Pentru a obţine rezultate bune în instrucţia şi educaţia copilului deficient de vedere, este necesar, aşa cum am mai precizat, să se facă o investigaţie psihologică complexă la început, iar apoi , pe baza datelor obţinute, putem aplica, pe lângă o instrucţie şi educaţie, adaptate handicapatului şi profunzimii acestuia, o serie de psihoterapii care să accelereze procesul recuperativ.

2.6. Orientarea în spaţiu şi în timp a deficienţilor de vedere

Prin orientarea spaţială se înţelege capacitatea omului de a percepe însuşirile spaţiale ale obiectelor, dispunerea lor în spaţiu şi poziţia proprie faţă de ele. De asemenea, orientarea spaţială presupune capacitatea păstrării şi restabilirii unei poziţii în spaţiu, precum şi direcţionarea mişcărilor de deplasare spre diferite repere mai apropiate, perceptibile sau îndepărtate, care nu se pot cunoaşte nemijlocit.

La orbi, numai unele dintre aceste elemente, care realizează orientarea spaţială, sunt afectate mai adânc din cauza absenţei controlului optic. Cunoaşterea însuşirilor spaţiale ale obiectelor are loc prin intermediul percepţiei tactile. Capacitatea păstrării şi restabilirii unei anumite poziţii în spaţiu, care se bazează în primul rând pe senzaţiile labirintice şi kinestezice, nu este afectată la deficienţii vizual. Orientarea la distanţe mari, ce se bazează de obicei pe informaţii optice, cunoaşte la orbi o dereglare şi restructurare profundă.

Cunoaşterea generalizată a spaţiului este accesibilă şi deficienţilor vizual, cu condiţia acumulării unui număr mare de reprezentări spaţiale

şi asigurării elementelor instructive necesare (formarea deprinderilor de măsurare şi construire , studiul geometriei, utilizarea modelelor, cunoaşterea planurilor şi a hărţilor geografice).

Orientarea spaţială a deficienţelor vizual este dependentă şi de mărimea spaţiului şi de analizatorii implicaţi.

Simţul olfactiv, pentru persoanele lipsite de vedere, dar mai ales pentru orbii-surzi, dobândeşte o semnificaţie deosebită, furnizând de la distanţă o serie de informaţii necesare pentru orientare. Toate indiciile olfactive trebuie să acţioneze în strânsă legătură cu informaţiile provenite pe calea altor tipuri de sensibilitate pentru a fi mai eficiente.

Receptorii termici ai analizatorului cutanat furnizează şi ei informaţii în legătură cu distanţa şi direcţia unor repere, datorită căldurii radiante ale acestora.

O altă modalitate a orientării spaţiale o constituie mecanismele vestibulare, care asigură starea de echilibru.

La un moment dat s-a pus problema existenţei celui de al 6-lea simţ, caracteristic nevăzătorilor. De fapt, putem spune că acest simţ constă în dezvoltarea deosebită a analizatorilor sănătoşi şi de motivaţie sporită de antrenare a acestora, toate la un loc evoluând spre o cât mai bună adaptare.

Orientarea spaţială se realizează şi prin perceperea curenţilor de aer, în locuri închise sau deschise (sunt diferenţe din acest punct de vedere), pe părţile descoperite ale corpului (în special pe faţă şi dosul palmelor), cu ajutorul zgomotelor sau vibraţiilor percepute prin intermediul paşilor sau a bastonului (ce sunt şi ele diferite în raport de apropierea sau îndepărtarea de un obstacol) şi mai rar cu ajutorul câinilor (pentru că sunt costisitori, greu de dresat şi mai cu seamă pentru că nevăzătorul poate deveni prea dependent de aceştia).

2.7. Problema compensării

Legea compensaţiei caracterizează întreaga mobilizare şi utilizare a resurselor sistemului biologic, în cazul unor condiţii critice ale organismului, ca sistem. În condiţiile tulburării sau distrugerii unor componente ale sistemului, compensaţia se defineşte tocmai prin capacitatea sistemului de autoconstituire structurală şi funcţională.

În domeniul producţiei materiale, datorită compensării, orbii îşi pot însuşi peste 400-500 de operaţii ale profesiunii (mecanizate, automate şi semiautomate).

Dar, modul în care se realizează compensarea capătă şi o serie de valenţe ce sunt dependente de capacităţile subiectului. Astfel, o bună dezvoltare psihică contribuie la creşterea posibilităţilor de adaptare la condiţiile de mediu, deoarece subiectul, pe baza experienţelor şi

acumulărilor de informații, îşi poate elabora strategii pe care le aplică la noile situații ce le traversează. Se construiesc imagini mintale pe baza cărora se realizează adaptarea prin acțiuni şi comportamente exercitate prin mişcare, ceea ce i-a făcut pe unii autori să vorbească de o „hartă itinerar" (W.Roth, 1973).

Există mai multe principii al fenomenului compensării :

1. Principiul integrării şi ierarhizării stabileşte, după anumite criterii de eficiență, raporturi dinamice de subordonare, comutare, succesiune, substituție între diferitele unități ale comportamentului. Aşadar, integrarea şi ierarhizarea asigură atât unitatea de ansamblu a comportamentului, ca o condiție necesară a echilibrării cu mediul, cât şi lărgirea sferei disponibilităților de decizie şi alegere în situații variabile.

Mediul social exercită o influență reglatorie asupra structurilor tulburate, lezate sau a structurilor comportamentale.

2. Principiul activismului semnifică mobilizarea subiectului într-o activitate , iar valoarea acestui principiu este confirmată de rezultatele ce se obțin în compensarea şi recuperarea deficiențelor prin metoda ergoterapiei, adică a activismului psihofizic, cât şi pe calea exercițiului, a activității, a învățării.

3. Principiul unității realizează integrarea, echilibrul şi armonia stărilor fizice, psihice şi morale, ceea ce constituie condiția esențială a integrității psihofizice a personalității.

4. Principiul analizei şi sintezei prezintă importanța pentru modul cum subiectul este nevoit să analizeze obiectele şi fenomenele pe secvențe sau unități, ca apoi să le reconstituie unitar în vederea unei cunoaşteri cât mai depline.

Compensația exprimă capacitatea sistemului biologic de a realiza rezistență la perturabții şi de a adopta forme comportamentale care să-i permită o structurare organo-funcțională şi de autocontrol în raport cu influențele înconjurătoare.

Compensația se poate realiza prin :

- regenerare organică (refacere de țesuturi) ;

- vicariere (suplinire a unor funcții afectate prin altele ce sunt valide);

- restructurarea funcțională (transferul unor funcții de la organul afectat al nivelului sănătos).

În unele forme de ambliopie, acuitatea vizuală se remediază parțial, prin folosirea ochelarilor . Pe lângă aceste elemente de protezare, în acest domeniu s-au construit maşini de scris speciale menite să realizeze un „citit" codificat, prin folosirea unor stimuli verbali. Au fost confecționați, de asemenea, ochelari bazați pe celule fotosensibile care transformă sursa de lumină în sunet, în scopul facilitării orientării în condițiile de

mediu. Toate acestea sunt menite să contribuie la întregirea capacității individului de a se compensa şi adapta la mediul înconjurător. Prin urmare, se poate vorbi de o compensație cu ajutorul mijloacelor spontane, iar alta dirijată, organizată prin educație (M.Ştefan), în care o mare importanță o au modalitățile tehnice (A. Rozorea, 1997).

Întrebări/probleme pentru autoevaluare

1. Precizați şi delimitați locul tiflopsihopedagogiei în cadrul defectologiei.
2. Raportați formele deficienței de vedere la tipul de factori care le determină.
3. Analizați posibilitățile şi limitele dezvoltării psihice ale persoanelor cu deficiențe de vedere.
4. Evidențiați importanța şi formele compensației în vederea achizițiilor sistemului Braille, pentru accesul nevăzătorilor la cultură.

Bibliografie minimală

1. BUICĂ, B., C., - „BAZELE DEFECTOLOGIEI”, ED. ARAMIS, BUCUREŞTI, 2004. (pg. 219 – 238)

2. DAMASCHIN D.,- „DEFECTOLOGIE-DEFICIENȚA DE VEDERE”, BUCURESŞTI, E.D.P., 1972

3. RADU GH.,- „PSIHOPEDAGOGIA DEZVOLTĂRII ŞCOLARILOR CU HANDICAP”,BUCUREŞTI, E.D.P., 1999

4. ROTH W.,- „TIFLOLOGIA. PSIHOLOGIA DEFICIENȚILOR VIZUALI”, CLUJ-NAPOCA. UNIV. BABEŞ-BOLYAI, 1973
5. ROZOREA ANCA, DEFICIENȚELE SENZORIALE DIN PERSPECTIVA PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE, vol I şi II, Ed. Ponta Constanța, 2003

6. ŞTEFAN M.- „PSIHOPEDAGOGIA COPIILOR CU HANDICAP DE VEDERE”, BUCUREŞTI, ED. PRO-HUMANITATE, 1999. (pg. 7 – 120)

7. VERZA E.F.- „INTRODUCERE ÎN PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ ŞI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ”, BUCUREŞTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2002. (pg.97 – 130)

Unitatea Nr. 5
DEFICIENȚA NEUROMOTORIE

CUPRINS:

- Problematica defectologiei pentru deficienții neuromotori;
- Etiologie şi simptomatologie;
- Clasificarea deficiențelor fizice;
- Terapii corectiv-recuperative şi problemele protezării;

Scopurile unității de curs

- formarea unei viziuni de ansamblu asupra deficenței fizice :
- conştientizarea limitelor şi perspectivelor cu privire la integrarea în muncă şi în societate a deficienților neuromotori în funcție de gradul şi tipul deficienței.

Obiective

- raportarea corectă la persoanele cu deficiență neuromotorie;
- familiarizarea cu conceptele specifice;
- să se însuşească simptomatologia aferentă deficienței neuromotorii;
- să se rețină multitudinea de particularități ce se desprind din diver acestei deficiențe.

5.1. Problematica defectologiei pentru deficienții neuromotori

Defectologia deficienților neuromotori sau somato-psihopedagogia este şi ea o ramură ce studiază activitatea psihică a persoanelor cu abateri somatice de la normalitate şi care generează un handicap în plan psihic, social şi profesional.

În acelaşi timp, se are în vedere analiza impactului deficienței în planul evoluției personalității şi comportamentului, a elaborării unor programe educațional-recuperative şi a pregătirii persoanelor respective pentru viața social-profesională.

Spre deosebire de alte categorii de deficienți, cei de ordin fizic au fost mai puțin studiați din perspectiva psihopedagogiei, în timp ce pe linie medicală preocupările sunt mult mai consistente. Această limitare a studiilor psihopedagogice se datorează şi faptului că, aceştia prezintă multe situații similare cu cele ale normalilor şi se pot adapta în mod obişnuit la condițiile vieții social-profesionale. În schimb, acționează, mai ales, o serie de cauze asociate, atunci se pot combina cu alte tulburări de dezvoltare.

Aşadar, categoria handicapurilor motrice şi psihomotrice sunt prezente într-o mare varietate şi se caracterizează printr-o gradație întinsă de afecțiuni, de la cele mai uşoare, care nu împiedică desfăşurarea normală a activității la cele ce au o notă semnificativ defectologică şi cu efecte negative asupra întregii vieți a individului. Când asemenea deficite sunt uşoare , nu este nevoie de o intervenție specială, copiii din această categorie reuşind să se adapteze, normal, vieții social-profesionale, dar apar dificultăți la acei copii la care deficitul îi împiedică să desfăşoare o activitate de competiție obişnuită cu semenii lor. La aceştia, se simte nevoia unui program diferențiat, aplicat continuu, care să conțină, în egală măsură , demersuri medicale, psihopedagogice şi sociale, în vederea dezvoltării întregului potențial restant, a stimulării apetitului pentru activitate şi redarea încrederii în propriile posibilități , odată cu înlăturarea frustrației şi anxietății.

3.2. Etiologie şi simptomatologie în handicapul fizic

În genere, asemenea deficiențe se manifestă ca invalidități corporale care reduc puterea şi mobilitatea organismului prin modificări patologice exterioare sau interioare, care pot fi localizate la nivelul întregului corp sau numai la nivelul unor segmente.

Categoria respectivă cuprinde atât afecțiuni motorii sau locomotorii (de motricitate), cât şi manifestări date de unele boli permanente (boli respiratorii, cardiopatii, diabet, etc.) care influențează negativ capacitatea fizică. În această categorie pot fi încadrați şi indivizi cu afecțiuni senzoriale (surzii şi orbii), deja analizați, separat, având în vedere particularitățile lor specifice deosebite în plan biologic şi psihologic.

Handicapurile fizice, ca de altfel toate celelalte handicapuri, se constituie ca abateri de la normalitate, prin producerea unor dereglări morfo-funcționale, care duc la instalarea de dezechilibre şi evoluții nearmonioase. Se ştie că în lipsa altor anomalii, handicapații fizic sunt normali, din punct de vedere al capacităților intelectuale, dar, prin situația lor de excepție, şi, mai ales când trăiesc într-un mediu

nefavorabil, personalitatea lor poate deveni fragilă, cu pronunțate note de frustrație şi anxietate, cu conflicte şi tensiuni interioare, cu succesibilități şi sensibilizări excesive, care fac şi mai dificilă adaptarea şi relaționarea cu cei din jur şi integrare în viața socio-profesională.

Cauzele handicapurilor fizice prezintă o mare varietate şi pot afecta, în grade diferite, organismul. Ele pot fi sistematizate, după diferite criterii, în mai multe categorii. Astfel, după un prim criteriu, pot fi împărțite în interne şi externe : cele interne sunt determinate de procesele de creştere şi dezvoltare, de natura funcțiilor somatice, organice şi psihice, iar cele externe sunt raportate la condițiile de mediu şi viață.

Există o categorie de cauze cu acțiune directă, care interesează elementele proprii ale deficienței, sau indirecte, care produc o afecțiune ori o deficiență morfologică sau funcțională. Ele pot să afecteze întregul organism şi să producă deficiențe globale sau totale ori să se limiteze la anumite regiuni, segmente sau porțiuni ale corpului şi să determine deficiențe regionale, segmentare sau locale, mai mult sau mai puțin profunde.

Frecvent, se utilizează şi criteriul de împărțire a cauzelor în predispozante, favorizante şi determinante (declanşatoare). Cauzele favorizante, ori predispozante sunt raportate la ereditate. Descendenții prezintă, de regulă , asemănări morfologice şi funcționale cu ascendenții şi colateralii (frații, surorile şi rudele apropiate). Acest fenomen biologic este şi mai evident atunci când tipurile constituționale ale înaintaşilor sunt relativ identice şi când condițiile de mediu şi de viață sunt relativ similare. Tot în această grupă, a cauzelor predispoziționale, se pot include şi influențele nocive pe care le suferă organismul fătului în viața intrauterină. Debilitatea congenitală şi imaturitatea, naşterea prematură şi accidentele obstetricale pot constitui baza unor deficiențe care se manifestă nu numai imediat după naştere, ci şi mai târziu, cu repercusiuni în evoluția ulterioară în planul somatic şi psihologic.

Se apreciază că favorizanți pentru producerea handicapurilor fizice, sunt şi factorii care influențează în sens negativ starea de sănătate şi funcționarea normală a organelor , mai ales la perioadele de creştere şi de dezvoltare activă a copilului. Aceste cauze slăbesc rezistența organismului, determinând scăderea capacității funcționale a aparatului de sprijin şi mişcare şi chiar diminuează rolul reglator al sistemului nervos central. Printre aceste cauze favorizante se numără condițiile inadecvate de igienă şi viață , lipsa de organizare a activității şi a repaosului , regimul alimentelor necorespunzător, nivelul scăzut de aer şi de lumină în locuință, hrană insuficientă, îmbrăcăminte incomodă, defectuos confecționată , dormitul în paturi prea moi, cu perne multe în care corpul se afundă şi se curbează exagerat , sau dimpotrivă, tari şi incomode , care nu facilitează odihna normală pentru copiii ce sunt în perioada de creştere. În aceeaşi ordine de idei, putem invoca lipsa unei educații raționale şi un regim defectuos de viață, lipsa de supraveghere şi control din partea părinților şi educatorilor, care se constituie în cauze,

adeseori ignorate, dar importante mai cu seamă pentru vârstele preşcolarității şi şocolarității.

Subliniem că şi bolile cronice, convalescențele lungi, intervențiile chirurgicale dificile, debilitatea fizică , tulburările cronice (organice şi psihice), precum şi unele anomalii , senzoriale, şi în special cele ale văzului şi auzului, pot favoriza apariția şi evoluția rapidă a deficiențelor fizice. Prin urmare, cauzele incriminate produc sau declanşează procesele patologice ce stau la baza celor mai frecvente deficiențe fizice, ele fragilizează structura şi modifică funcțiunile normale ale organismului, prin facilitarea de accidente şi îmbolnăviri, de apariție a unor leziuni sau dereglări în orice perioadă de vârstă a subiectului.

Factorii declanşatori, din perioada intrauterină, se împart în două mari categorii. Primele se referă la nedezvoltarea sau dezvoltarea anormală a corpului întreg, dar mai ales a anumitor porțiuni, sub acțiunea unor infecții cu caracter cronic (sifilis, paludism, tuberculoza), la intoxicații lente (alcoolism, medicamente, săruri radioactive), la tulburări endocrine şi neuropsihice, la carențe alimentare sau vitaminice, la boli ale sângelui şi altele care sunt mai puțin studiate.

Cele din a doua categorie privesc acțiunea mediului extern nefavorabilă ce se răsfrânge asupra fătului, prin intermediul organismului matern : temperatura prea joasă sau prea ridicată, umiditatea excesivă, acțiunea razelor X, traumatizarea abdomenului gravidei, condițiile de viață şi de muncă necorespunzătoare, vârsta înaintată a părinților.

Malformațiile congenitale pot constitui şi ele cauza unor afecțiuni secundare, prin lipsa condițiilor normale statice şi dinamice, ce nu permit dezvoltarea corespunzătoare a organismului, mai cu seamă în perioadele de creştere timpurie.

Din aceeaşi categorie de cauze fac parte şi (tot cu acțiune nemijlocită) cele care produc efecte negative în timpul naşterilor, fie ca urmare a eforturilor excesive depuse de mamă, fie a intervențiilor traumatizante, favorizând instalarea unor congestii şi hemoragii, cu urmări foarte grave pentru copil. Tot din categoria traumatismelor fac parte manevrele greşite de degajare a capului copilului, care se pot solda cu ruperea sternocleido - mastoidianului sau a unor țesuturi la diferite niveluri, cum ar fi al plexului cervicobrahial (cu consecințe grave pentru structura şi funcționarea membrului superior), leziuni ale articulațiilor şi ale oaselor, mai frecvente la nivelul membrelor inferioare şi superioare.

O atenție specială trebuie acordată cauzelor cu acțiune defavorabilă asupra dezvoltării organismului, în perioada copilăriei. Astfel, sunt bolile şi accidentele care produc anomalii morfologice şi funcționale. Dintre acestea, cele mai frecvente interesează aparatul locomotor (oase, articulații, muşchi, nervi).

Scheletul osos, care constituie mijlocul cel mai important de sprijin al corpului poate deveni, prin poziția asimetrică sau deformarea

segmentelor sale, o cauză frecventă a deficienței. Fracturile vicios consolidate, osteomielitele, tuberculoza osoasă şi alte afecțiuni osoase degenerative, stau la baza celor mai grave infirmități. La rândul lor, mobilitatea prea mare sau prea mică a articulațiilor, ca şi mişcările anormale, pot determina deficiențe morfologice şi funcționale manifestate, în special, prin reducerea posibilității de coordonare a componentelor motrice. Sunt semnificative atitudinile sau poziția incorectă , adoptată de unii elevi mai mari, care favorizează o serie de deficiențe , cum ar fi cifoza şi spatele cifotic, lordoza, sau spatele lordotic, scolioza, spatele rotund. Şi modificările patologice, în structura şi funcțiunile muşchilor, pot produce o categorie de deficiențe. Dintre acestea menționăm : scăderea volumului tonusului şi forței musculare, ca în atonii şi hipotonii , sau exagerarea tonusului, ca în cazurile de contractură, rigiditate, etc. Formele respective apar pe fondul oboselii sistemului nervos central, duce la scăderea capacității de control a scoarței, favorizând producerea unor atitudini defectuoase. Afecțiunile neuro-musculare sunt determinate şi de poliomielite, encefalite meningite, care au o mare incidență în infirmități.

Din clasificarea de mai sus, nu trebuie excluse alte cauze diverse, cum ar fi : tulburările de metabolism şi hormonale leziunile prin arsuri sau degerături. chondrodistrofiile, apofizitele şi epifizitele, miopatiile, atrofiile musculare progresive, ataxiile, etc.

3.3. Clasificarea deficiențelor fizice

Ca şi în cazul celorlalte handicapuri, literatura de specialitate conține mai multe tipuri de clasificări, efectuate după criterii diferite. Vom insista asupra clasificărilor acceptate de specialiştii din domenii diferite, odată cu precizarea principalelor manifestări specifice. Astfel, se disting două categorii mari de handicapuri fizice :

1. **morfologice sau de structură ;**
2. **funcționale sau de activitate** ;

Si unele şi altele pot fi subgrupate, în raport întinderea şi profunzimea afecțiunii în :

- globale (generale sau de ansamblu);
- parțiale (regionale sau locale);

În subgrupa diferențelor morfologice globale, semnalăm următoarele caracteristici specifice :

De creştere

-reprezentate de hiposomie şi nanosomie (statură foarte mică) , hipersomie şi gigantism (statură foarte înaltă, exagerată), dizarmonii (când subiecții sunt înalți şi subțiri sau scunzi şi graşi), disproporționalități (între dimensiunile de lungime, înălțime şi volum ; între cap şi trunchi, etc.) ;

De nutriție

-între care vom aminti obezitatea (țesut adipos abundent sau exagerat) debilitate fizică (dezvoltarea sub normal a somei, însoțită de dezechilibru nutritiv) ;

De atitudine

-care pot fi determinate de insuficiența aparatului de susținere-atitudinal global, insuficiență –rigiditate (tonus muscular exagerat), atitudine global asimetrică (poziția asimetrică a scheletului osos şi a articulațiilor):

De tegumente

-caracteristice ca fiind palide, cianotice (vinetii), uscate sau umede, cu pete, cicatrice sau eczeme, hipertricoz (abundența părului pe întreg corpul) :

De musculatură

-poate fi medie, redusă, foarte redusă, cu tonus normal, scăzut sau crescut ;

De oase

-care pot fi subțiri sau groase, lungi sau scurte, cu sechele traumatice, rahitism, etc. ;

De articulații

-care pot fi deformate, cu mobilitate redusă sau exagerarea mobilității ;

De comportament

-inhibat, apatic, astenic, instabil ;

Din subgrupa deficiențelor morfologice parțiale, mai importante sunt :

Deficiențe ale capului, feței şi gâtului

- cap macrocefal (mai mare decât cel normal) ;

- cap microcefal (mai mic decât cel normal) ;

- brahicefal (fără proeminență occipitală), dolicocefal (cu diametru anteroposterior alungit şi cu „şa” la mijloc) ;

- hidrocefal (cap exagerat de mare cu o culoare specifică pielii), cu asimetrii, cu înfundări ale fontanelelor, cu proeminențe ale foselor ;

- fața ovală, alungită sau lățită, asimetrică, cu malformații, cicatrice, pareze, cu afecțiuni ale ochilor (strabism, înfundați, apropiați, etc.) ale nasului sau ale urechilor, dinți vicioşi implantați, bolta palatină înfundată ;

- gâtul poate fi lung sau scurt, subțire sau gros, cifotic, lordotic sau scoliotic, înclinat şi răsucit (torticolis), cu relief tiroidian accentuat sau asimetric.

Deficiențe ale trunchiului

- toracele poate fi lung sau scurt, îngust sau larg, bombat, plat, lărgit la bază sau la vârf, asimetric, cu stigmate rahitice, strangulat (supra sau sub mamar), cu stern înfundat în formă de pâlnie sau carenat ;

- abdomenul poate fi proeminent, bilobat (strangulat), cu hernii sau eventrații, tonic sau moale, elastic, etc. ;

- spatele poate fi plan, cofotic, lordotic, scoliotic, rotund, asimetric ;

- coloana vertebrală – „stâlpul de susținere" sau axa „verticalității umane" – poate suferi o serie de modificări prin accentuarea cursurilor fiziologice, cum ar fi cifozele, lordozele sau cifolordozele ; la acestea putem adăuga deviațiile în plan frontal, de tipul scoliozelor cu una sau mai multe curburi (la care se asociază asimetrii ale umerilor, etc.);

- bazinul se poate prezenta cu asimetrii , larg sau îngust, denivelat (căzut înainte şi în jos, înainte şi în sus, înapoi), înclinat lateral.

Deficiențe ale membrelor superioare

- în totalitate inegale (în lungime şi grosime), asimetrice, deviate (în plan frontal sau sagital), proiectate înainte sau rămase înapoi, în flexie sau în extensie, în pronație sau supinație , apropiate sau depărtate de corp ;

- uneori pot fi lungi sau înguşti, căzuți sau țepoşi, aduşi sau abduşi, asimetrici ;

- brațele (partea superioară – de la umăr la cot) sunt cele care determină deficiențele şi pozițiile deficitare ale membrelor superioare – în întregime ;

- coatele pot fi în flexie sau în extensie , în var (în paranteză „O") sau în valg (în „X") ;

- antebrațele – inegale ca lungime sau grosime, curbate, asimetrice în pronație sau în suprinație, cu sechele traumatice ;

- degetele pot fi anomalii congenitale, cu deviații, retracții , în flexie ;

- omoplații, apropiați sau depărtați , coborâți sau ridicați, lipiți sau desprinşi, basculați, asimetrici ;

Deficiențe ale membrelor inferioare

- în totalitate (deficiențe şi aspect dat de coapsă); pot fi inegale, în lungime şi grosime, cu înclinări şi poziții diferite, cu sechele de paralizii sau traumatisme ;

- contracturi sau deficiențe morfologice ;

- şolduri cu relief accentuat (depuneri adipoase), asimetrice (luxții sau subluxații congenitale, semianchiloze, sau anchiloze, în poziții vicioase), deformații ale capului femural, contracturi;

- genunchii în flexie sau hipertensie, cu sechele traumatice sau paralitice, asimetrice ;

- gambele recurbate, cu cicatrice posttraumatice sau sechele de paralizii, asimetrice, inegale (în lungime sau în grosime);

- gleznele şi picioarele pot fi asimetrice, strâmbe, în valg, planovalgii, aduse sau abduse , scobite ;

- degetele picioarelor în „ciocan" (în flexie cu sprijin pe unghie), halaux - valgus, strâmbe, suprapuse, cu deformații, etc.

Din grupa deficiențelor, funcționale , reținem :

Deficiențe ale aparatului neuromuscular

-care cuprind diferite forme şi grade de paralizie (ca manifestare a unor sindroame piramidale, piramido-extrapiramidale, etc.) , mişcări atetozice, coreatozice, tulburări de mers, echilibru, coordonare, ritm, apucare, etc.

Deficiențe şi tulburări ale apararelor şi marilor funcțiuni :

- deficiențe şi tulburări ale aparatului respirator(insuficiențe respiratorii);

- deficiențe şi tulburări ale aparatului cardiovascular (insificiențe circulatorii), care se manifestă prin ceanoze, endeme, prin subdezvoltarea copiilor (care sunt mici şi slabi, lipsiți de energie, nu se adaptează la eforturi fizice, obosesc repede, etc.);

- deficiențe şi tulburări ale aparatului digestiv şi ale funcțiilor de nutriție (abdomenul proeminent, ptoza organelor interne, debilitatea fizică sau obezitatea, etc.);

- deficiențele sistemului endocrin se manifestă prin tulburări de creştere şi dezvoltare (nanim hipofizar, gigantism, obezitate cu insuficiența dezvoltare a glandelor şi organelor genitale, etc.) ;

- deficiențele organelor de simț (deficiențe prin tulburări de vedere, de auz, care determină în poziția corpului, o serie de abateri de la normal de tipul cifozelor, scoliozelor, cifoscoliozelor, ş.a.m.d.-, cu toate asocierile şi manifestările ce le însoțesc).

3.4. Terapii corectiv-recuperative şi problemele protezării

Terapiile pot fi predominant medicale sau psihopedagogice. Dar, mai eficientă este îmbinarea celor două categorii.

Terapiile medicale privesc mijloacele culturii fizice medicale, şi se aplică simultan sau consecutiv tratamentului medical. Ele cuprind exerciții fizice, special selecționate şi sistematizate, în tehnici adaptate fiecărui handicap în parte.

În acelaşi timp se mai folosesc o multitudine de mijloace de tip masaj, fizioterapie, balneoterapie, climatoterapie, ş.a.m.d..

Indicațiile ce trebuie avute în vedere se circumscriu principiului „ primo non nocere „ (în primul rând să nu faci rău), şi respectă demersul gradării şi dozării efortului, a spiralei de la uşor la greu, de la cunoscut la necunoscut, a consolidării rezultatelor obținute prin exersare.

Dar înainte de toate, subliniem că nu trebuie ignorată ideea folosirii tuturor mijloacelor, precum a asigurat prevenirea instalării deficiențelor, prin alcătuirea unui regim igienic de viață şi muncă, dirijarea regimului de alimentație, prevenirea suprasolicităților şi instalării oboselii, folosirea factorilor de mediu (apă, aerul, soarele) şi a exercițiilor fizice, într-o îmbinare armonioasă şi echilibrată care să faciliteze o dezvoltare deplină.

Întrebări/probleme pentru autoevaluare

1. Definiți deficiența neuromotorie în contextul celorlalte forme de deficiență.
2. Evidențiați etiologia şi simptomatologia deficienței fizice.
3. Precizați principalele tipuri de terapii corectiv-recuperative în deficiența fizică.

Bibliografie minimală

1. CARANTINĂ D.,- „COPII CU TULBURĂRI ÎN SFERA FIZICĂ ŞI PSIHOMOTORIE" ÎN E. VERZA, „GHIDUL EDUCATORULUI", TIPOGRAFIA METROPOL, BUCUREŞTI, 1997. (pg. 108 – 123)
2. MOȚET D.,- „PSIHOPEDAGOGIA RECUPERĂRII HANDICAPURILOR NEUROMOTORII", BUCUREŞTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2001
3. OLERON P.,- „EDUCAȚIA COPIILOR HANDICAPAȚI FIZIC", BUCUREŞTI, E.D.P., 1970
4. VERZA E.- „PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ", BUCUREŞTI, E.D.P., 1998. (pg. 105 - 113)
5. VERZA E.F.- „INTRODUCERE ÎN PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ ŞI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ", BUCUREŞTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2002. (pg. 131 – 143)

Teme pentru referate

4. Continutul comunicarii prin desen la copiii cu deficiență de auz ;
5. Particularitati ale activitatii psihice la deficienții de vaz; insusirea scris-cititului in Braille ;
6. Simptomatologia şi terapiile corectiv-recuperative în deficiența neuromotorie.

MODULUL 3

DEFICIENȚELE DE LIMBAJ, DE COMPORTAMENT ŞI ASOCIATE

Unitatea de învățare nr. 1
DEFICIENȚELE DE LIMBAJ

CUPRINS:

- Constituirea şi importanța logopediei;
- Etiologia şi clasificarea tulburărilor de limbaj;
- Simptomatologia tulburărilor de limbaj;
- Tulburări de pronunție sau de articulție;
- Tulburări de ritm şi fluență ale vorbirii;
- Tulburări de voce ;
- Tulburări ale limbajului citit-scris;
- Tulburări polimorfe;
- Tulburări de dezvoltare ale limbajului;
- Tulburări ale limbajului bazate pe disfuncții psihice;
- Terapia tulburărilor de limbaj;
- Educarea personalității şi facilitarea comportamentelor adaptative.

Scopurile unității de curs

- înțelegerea specificității tulburărilor respective prin raportare la alte deficiențe;
- să se înțeleaga locul şi rolul logopediei în cadrul ştiințelor psihopedagogice

Obiective

- înțelegerea cauzalității şi semnificației tulburărilor de limbaj şi evoluția acestora în timp;
- familiarizarea cu conceptele specifice ce derivă din noțiunea de deficiență de limbaj;
- să se însuşească simptomatologia specifică a distorsiunilor de limbaj şi clasificarea acestora;
- să se rețină impactul acestor tulburări asupra activității şcolare şi de relaționare cu cei din jur.

1.1. Constituirea şi importanța logopediei

Etimologic, termenul de logopedie îşi are originea în grecescul ''logos'', care înseamnă cuvânt şi ''paideia'', care înseamnă educație. Sensul restrictiv acordat logopediei şi anume acela de a educa, de a corecta vorbirea (orală sau scrisă) tulburată şi respectiv, elaborarea unor tehnici, a unei metodologii adecvate, care să facă posibilă îndeplinirea scopului într-un timp cât mai scurt a accentuat caracterul ei practic. Accepțiunea modernă a logopediei s-a extins şi la prevenirea tulburărilor de limbaj şi mai cu seamă, în plan teoretic, la studierea mecanismelor psihologice şi neurofiziologice ale desfăşurării limbajului, la condițiile obiective şi subiective, a realizării comunicării verbale şi importanța acesteia în dezvoltarea personalității umane.

La fel ca şi alte ştiințe, ce se sprijină pe datele acumulate în domeniile tangente, şi logopedia asimilează o serie de informații din ştiințele psihologice şi pedagogice, în mod deosebit, din psihologia limbajului, surdopsihologie, oligofrenopsihologie, tiflopsihologie, psihologia medicală şi psihopatologie, psihofiziologie şi neurofiziologie, psiholingvistică şi lingvistică, etc. Dar, odată cu progresele realizate în logopedie, sunt furnizate de către aceasta date incontestabile celorlalte domenii cu privire la dezvoltarea şi desfăşurarea corectă a comunicării şi limbajului, a modului cum pot fi evitate şi corectate dezordinile de la nivelul limbajului, ale felului cum se constituie modelele optime de funcționalitate a conduitelor verbale şi a modalităților de integrare a limbajului în sistemul psihic uman.

Scurt istoric

Preocupările legate de formarea vorbirii corecte şi înlăturarea unor eventuale dificultăți verbale au preocupat pe oameni din cele mai vechi timpuri. Spre exemplu, grecii antici aveau un cult deosebit pentru vorbire şi oratorie. Se aprecia în mod deosebit, arta de a vorbi frumos, cursiv şi cât mai pe înțelesul auditorului, ceea ce a ridicat această capacitate la un rang de cinste, asigurând oratorului o poziție socială favorabilă. Operele lui Plutarh, Herodot, Heraclit, Platon, Aristotel, Hipocrat conțin considerații interesante cu privire la preocupările societății antice de a forma şi dezvolta, la toți membrii ei, o vorbire cât mai agreabilă şi mai eficientă. Descrierea pe care o face Plutarh, în '' Vieți paralele'', lui Demostene, ilustrează strălucit posibilitățile de modelare a vorbirii sub influența unor exerciții şi ale unor antrenamente de tip psihoterapeutic. Rezultă, că Demostene suferea de o bâlbâială gravă, cu implicații în planul interior, marcându-l ca timid, centrat pe sine, necomunicativ, dar prin voință, exerciții sistematice de dezvoltare a vorbirii a ajuns nu numai să scape de handicapul respectiv, dar şi să-şi transforme întreaga personalitate, devenind marele orator al antichității.

O prețuire asemănătoare, acordată vorbirii, o găsim şi la romani, prin însemnările lui Cicero, care în lucrarea '' De oratorie'' scrie: ''dacă nu depinde de noi să avem un glas frumos, de noi depinde să-l cultivăm şi să-l fortificăm, să studiem toate treptele de la sunetele grave până la cele mai înalte''. Ulterior, în evul mediu, cu toate oprimările la care este supusă ştiința, se evidențiază unele idei pozitive. Astfel, în ''Canonul medicinii'', Aviceena notează o serie de exerciții utilizate în scopul reglării respirației în emiterea vocii adoptate şi în prezent în corectarea bâlbâielii şi a altor tulburări asemănătoare.

Progresele din secolele XVIII- XIX cunoscute în toate domeniile, şi în special marele avânt al ştiințelor naturii, au stimulat dezvoltarea unor noi domenii de activitate şi conturarea unor discipline ce s-au deprins din corpul ştiințelor fundamentale. Lucrările de logopedie sunt tot mai frecvente şi creşte interesul pentru corectarea handicapurilor de limbaj şi pentru dezvoltarea comunicării verbale la persoanele aflate în dificultate.

În țara noastră, o cronică din 1835 vorbeşte de vindecarea gângăviei (o formă de tulburare a fluenței verbale), dar practica logopedică s-a legiferat mult mai târziu, în 1949 şi apoi în 1957. Mai întâi, iau ființă cabinetele logopedice în policlinici şi în unele spitale, iar apoi centrele logopedice interşcolare şi cabinetele din unitățile speciale de învățământ, unde şi frecvența tulburărilor de limbaj este mai mare.

În prezent, se acordă o importanță tot mai mare dezvoltării limbajului încă din copilăria timpurie ca şi față de modalitățile de înțelegere, recepționare şi comunicare pentru adaptarea şi integrarea persoanelor în mediu social. Chiar procesul instructiv- educativ impune, cu necesitate, formarea şi dezvoltarea unor capacități verbale care să înlesnească învățarea şi accesul la cultură, a dezvoltării deprinderilor de comunicare optimă şi eficientă într-o lume în care informația circulă pe canale tot mai diverse.

Activitatea logopedică este centrată, în special asupra copiilor nu numai datorită frecvenței mai mari a tulburărilor de limbaj, dar şi pentru faptul că la aceştia vorbirea este în continuă structurare şi dezvoltare, iar dereglările apărute au tendința, ca o dată cu trecerea timpului, să se consolideze şi să se agraveze sub forma unor deprinderi deficitare, ceea ce necesită un efort mai mare pentru corectarea lor şi înlăturarea efectelor negative asupra comportamentului şi personalității.

Scopuri

Logopedia are, în primul rând, un scop educativ; ea contribuie la formarea omului, îl ajută pe copil să depăşească dificultățile şcolare şi de adaptare. Din aceeaşi perspectivă, sunt, în egală măsură, semnificative demersurile pentru prevenirea tulburărilor de limbaj şi terapia lor. Vârstele preşcolară şi şcolară mică sunt cele mai favorabile pentru o acțiune logopedică eficace. Desigur, că tulburările limbajului pot fi şi trebuie să fie corectate şi la vârstele adulte, mai cu seamă că ele

duc la dezadaptabilități sociale, la tulburări de personalitate şi pot perturba poziția socială a persoanei.

1.2. Etiologia şi clasificarea tulburărilor de limbaj

După cum se ştie, asupra individului acționează o multitudine de factori dintre care unii sunt nocivi. Aceştia pot influența negativ dezvoltarea sa şi cu cât acționează la vârstele mai mici cu atât efectele sunt mai mari. Dar organismul are o anumită rezistență ce-i permite o evoluție normală, şi numai în anumite contexte aceşti factori determină dereglări psihice. În acest context, ne vom referi la principalele patru categorii de factori care pot influența negativ dezvoltarea limbajului.

Cauze organice

ce pot avea o natură centrală sau periferică. Aici sunt cuprinse diferitele traumatisme mecanice care influențează negativ dezvoltarea sistemului nervos central (SNC) sau afectează nemijlocit auzul şi organele fonoarticulatorii. În cazul unor leziuni la nivelul sistemului nervos central se pot produce, printre alte tulburări, handicapuri ale limbajului de o mare varietate. Cu cât zona lezată este mai întinsă sau mai profundă, cu atât tulburările sunt mai complexe, deoarece sunt atinşi mai mulți centri corticali implicați în diferitele funcții psihice. Aşa, de exemplu, lezarea timpanului împiedică recepția corectă a limbajului şi emiterea normală a vorbirii, iar anomaliile dento-maxilo-faciale nu permit o participare sincronizată a tuturor elementelor implicate în procesul vorbirii. O asemenea situație se produce şi în prognatism şi progenie, ca şi în macroglosie sau microglosie. O anumită frecvență o au infecțiile şi intoxicațiile cu substanțe chimice, medicamentoase, cu alcool, care pot afecta organic sau funcțional mecanismele neurofiziologice ale limbajului. Şi unele boli ale primei copilării, ca meningita, encefalita, scarlatina, rujeola, pojarul etc, pot determina tulburări de limbaj atât pe cale centrală cât şi pe cea periferică, marcându-l pe subiect pe perioade limitate sau pe toată durata vieții.

Cauze funcționale.

În urma acțiunii acestor cauze, se pot produce tulburări ale limbajului care privesc atât sfera senzorială (receptoare), cât şi pe cea motorie (efectoare). Cauzele funcționale pot afecta oricare din componentele pronunțării: expirație, fonație, articulație. Ca urmare, apar dereglări ale proceselor de excitație şi inhibiție, de nutriție la nivelul cortexului, insuficiențe funcționale la nivelul sistemului nervos central, insuficiențe ale auzului fonematic care, toate, sunt dificil de evidențiat, dar au implicații nemijlocite asupra evoluției limbajului şi activității psihice.

Cauze psiho-neurologice

Ce-i influențează, mai ales, pe acei subiecți care, congenital, au o construcție anatomo-fiziologică fragilă sau patologică. Asemenea cauze se întâlnesc la subiecții cu deficit mintal, la alienații mintal, la cei cu tulburări de memorie şi de atenție, la cei cu tulburări ale reprezentărilor optice şi acustice.

Cauze psiho-sociale.

Care sunt abordate în literatura de specialitate cu mai puțină insistență, cu toate că ele nu sunt lipsite de importanță; la o analiză mai atentă vom constata că ele au o frecvență relativ mare, iar efectele lor negative împietează nu numai asupra dezvoltării limbajului, ci şi asupra întregii dezvoltări psihice a omului. Din această categorie fac parte unele metode greşite în educație (iatrogeniile sau didactogeniile), slaba stimulare a vorbirii în ontogeneza timpurie, încurajarea copilului mic în folosirea unei vorbiri incorecte pentru amuzamentul părinților (adulților), toate conducând la formarea unor obişnuințe deficitare, imitarea unor modele cu o vorbire incorectă în perioada constituirii limbajului, trăirea unor stări conflictuale, stresante, suprasolicitările, care favorizează oboseala excesivă ce duce la disfuncții verbale, blocaje, un nivel scăzut al antrenamentului verbal, ş.a.

Clasificări

În logopedie există mai multe tipuri de clasificări ale tulburărilor de limbaj. Aceste clasificări sunt efectuate în funcție de o serie de criterii, cum sunt cel etiologic, lingvistic, morfologic, simptomatologic. Dar considerarea unui singur criteriu nu permite decât o clasificare unilaterală care vizează numai parțial natura şi varietatea handicapurilor de limbaj. Astfel de clasificări sunt echivoce şi nu cuprind toate categoriile limbajului deteriorat.

Ni se pare mult mai adecvată o clasificare care să țină seama de mai multe criterii, în acelaşi timp: anatomo-fiziologic, lingvistic, etiologic, simptomatologic şi psihologic. O astfel de clasificare, elaborată de E. Verza, s-a impus în literatura de specialitate, şi ea se rezumă la următoarele categorii:

1. *tulburări de pronunție sau de articulație(dislalie, rinolalie, dizartrie);*
2. *tulburări de ritm şi fluență a vorbirii (bâlbâiala, logonevroza, tumultus sermones, tahilalie, bradilalie, aftongie, tulburări pe bază de coree);*
3. *tulburări de voce (afonie, disfonie, fonastenie);*
4. *tulburări ale limbajului citit- scris (dislexie- alexie şi disgrafie- agrafie);*
5. *tulburări polimorfe (afazie şi alalie);*
6. *tulburări de dezvoltare a limbajului (mutism psihogen, electiv sau voluntar, retard sau întârziere în dezvoltarea generală a vorbirii);*
7. *tulburări ale limbajului, bazat pe disfuncții psihice (dislogii, ecolalii, jargonofazii, bradifazii ş.a.)*

Cunoaşterea unei asemenea clasificări prezintă importanță nu numai pentru activitatea de cunoaştere şi terapie logopedică, dar şi pentru diagnoza tulburărilor de limbaj. În activitatea de corectare, diagnosticul diferențial corect facilitează stabilirea metodologiei de lucru şi fixarea cadrului general de recuperare. Nici o prognoză validă nu se poate adopta fără a ține seama de diagnosticul diferențial şi evitarea unor confuzii între diferitele categorii de tulburări de limbaj. Ca atare, orice examen logopedic se corelează cu alte investigații, de tip psihologic, medical etc.

6.3 Simptomatologia tulburărilor de limbaj

6.3.1. Tulburări de pronunție sau de articulație

Aşa cum a rezultat, deficiențele de limbaj pot apărea atât pe fondul intelectului normal, cât şi la deficienții mintal sau senzorial când, de obicei, sunt mai profunde şi mai frecvente. În cazul unor asemenea asocieri, deficitul de limbaj este o formă secundară a unui sindrom complex, dar prin existența lui accentuează dificultățile de recuperare şi adaptare.
Tulburările de pronunție sau de articulație au cea mai mare frecvență față de toate categoriile prezentate în clasificarea menționată în special la copiii preşcolari şi şcolarii mici. Prin existența tulburărilor respective, se creează dificultăți în emiterea sunetelor, cuvintelor, propozițiilor şi în înțelegerea celor enunțate. Adeseori, ele se transpun şi în limbajul scris-citit, ceea ce îngreunează formarea deprinderilor grafo-lexice. Tulburările respective cuprind: dislaliile, rinolaliile şi disartriile, pe o scară de la simplu la complex.

Dislalia

Se remarcă prin frecvența cea mai mare în raport cu toate handicapurile de limbaj. Totuşi, ea este diferită atât sub raportul complexității cât şi al frecvenței, de la o vârstă la alta. Pentru copilul antepreşcolar, tulburările de pronunție nu constituie semnale de alarmă; în schimb, la vârsta preşcolară se simte nevoia unei intervenții logopedice pentru a nu permite stabilizarea şi formarea unor deprinderi deficitare de pronunție. La copilul antepreşcolar, dislalia are o natură fiziologică ca urmare a nedezvoltării suficiente a aparatului fonoarticular şi a sistemelor cerebrale implicate în actul vorbirii. Dar, după vârsta de 3-4 ani, acestea devin suficient de dezvoltate pentru a putea realiza o pronunție corectă. Manifestarea tulburărilor dislalice şi după această vârstă denotă existența unor cauze cu grad de risc, care tind să le transforme în obişnuințe negative, mai cu seamă când dificultățile de pronunție persistă pe o perioadă lungă de timp. Dar, dislalia poate apărea şi la vârstele mai mari, datorită unei etiologii complexe incriminată în producerea handicapurilor de limbaj, în genere. Cu cât apare mai târziu, cu atât gravitatea ei sporeşte.

Ca orice tulburare de articulație sau de pronunție, dislalia se manifestă prin deformarea, omiterea, substituirea şi inversarea sunetelor. În formele grave de dislalie, astfel de fenomene se produc şi la nivelul silabelor şi chiar al cuvintelor. Când deficiențele de articulație se limitează numai la nivelul unor sunete izolate şi, în genere, se manifestă sub o formă uşoară, ea se numeşte dislalie simplă, parțială sau monomorfă . Dar atunci când sunt afectate majoritatea sunetelor şi chiar grupe de silabe, ea poartă denumirea de dislalie polimorfă, iar prin alterarea tuturor sunetelor, a majorității silabelor şi a cuvintelor se ajunge

la aşa-numita dislalie generală sau totală, ce este caracteristică mai cu seamă disartriei.

Dintre formele cele mai frecvente de dislalii sau de disfuncționalitățiile acestuia menționăm, în primul rând, grupa sigmatismelor şi a parasigmatismelor care ocupă un loc central. Acestea apar atunci când au loc deformări, substituiri, omisiuni ale sunetelor siflante şi şuierătoare: s, ş, j, z, ț, ce, ci, ge, gi. La copiii preşcolari şi la şcolarii mici, cel mai des se manifestă omisiunile şi deformările, iar la logopații mai mari apar, deseori, şi înlocuirile. Sunt mai multe forme de sigmatism, specifice şi limbii române, dintre care remarcăm următoarele: a)***sigmatism interdental***, ce apare ca urmare a pronunțării sunetelor respective cu limba plasată între dinți. În perioada schimbării dentiției, la copil apar frecvent asemenea forme de sigmatism, care dispar- în mod normal- odată cu creşterea dinților, dar se fixează ca defect atunci când persistă prea mult sau apar şi alți factori determinanți, ca de exemplu, vegetațiile adenoide şi slăbirea muşchilor linguali;
b) ***sigmatism lateral***, care este de trei feluri:- lateral dexter, când ieşirea aerului se face prin colțul drept al comisurilor labiale, în loc de poziția mediană; - lateral sinister, în cazul ieşirii aerului prin stânga şi sigmatism bilateral, în care aerul se împrăştie pe ambele părți. Sigmatismul lateral ia naştere, adeseori, ca urmare a parezei parțiale a nervului hipoglos, când cel mai mult este afectată siflanta s, comparativ cu şuierătoarele;
c) ***sigmatism addental***, produs prin sprijinirea vârfului limbii pe dinți, nepermițând astfel aerului să iasă prin spațiul interdental, cum este normal. Forma respectivă este mai frecventă la hipoacuzici, datorită perceperii deficitare a pronunției, ca şi în progenie şi prognatism, deoarece în timpul pronunției nu se efectuează sincronizarea adecvată a mişcării maxilarelor; d) sigmatism palatal, produs prin pronunțarea sunetelor siflante şi şuierătoare cu vârful limbii retras spre bolta palatină;
e) **sigmatism strident**, manifestat printr-o sonoritate exagerată a siflantelor, producând perturbări la nivelul recepției;
f) ***sigmatism nazal***, determinat de deficiențe ale palatului moale care nu-şi poate îndeplini funcția normală, imprimând, astfel, scurgerea aerului, parțial sau total, prin intermediul căilor nazale. Sigmatismul de acest tip apare în despicăturile palatale şi la cei cu un palat prea rigid, la cei cu vegetații adenoide şi deviații de sept.

Remarcăm o altă formă dislalică cu o frecvență mare, rotacismul şi pararotacimsul ce constă în deformarea, omisiunea, inversiunea şi înlocuirea sunetului ''r ''. Consoana ''r '' apare, de obicei, în vorbirea copilului în urma sunetelor siflante şi şuierătoare, iar emisiunea lui corectă presupune o anumită dezvoltare a aparatului fonoarticular şi mişcări fine de sincronizare. Din aceste motive, la majoritatea copiilor antepreşcolari se produce afectarea sunetului ''r '' sau se înlocuieşte cu ''l '', şi mai rar cu ''d, h, v, ''. Fenomenele respective pot persista şi în perioadele de vârstă ulterioare.
Pe lângă acestea, la baza producerii **rotacismului şi pararotacismului** stau anomaliile anatomice şi funcționale ale limbii, cum ar fi: micro şi

macroglosia limbii, frenul prea scurt sau prea lung al limbii, leziuni ale nervului hipoglos, ca şi deficiențele auzului fizic şi fonematic, imitațiile deficitare ale pronunției celor din anturajul copilului, existența unor factori negativi de natură psiho-socială şi culturală etc.
Ca şi în cazul sigmatismului, adoptând criteriul simptomatologic şi etiologic, cele mai frecvente forme de rotacism sunt: a) **rotacism interdenta**l- ce ia naştere prin pronunțarea sunetului r cu vibrarea vârfului limbii sprijinit pe incisivii superiori, sau, mai rar, prin atingerea limbii de buza superioară în timpul vibrării acesteia; b) ***rotacism labial***- realizat printr-un joc uşor al limbii şi vibrarea buzelor; c) ***rotacism labiodental***- apare prin vibrarea buzei superioare în atingere cu incisivii inferiori sau vibrarea buzei inferioare în momentul atingerii incisivilor superiori; d) ***rotacism apical***- recunoscut după faptul că limba se află în momentul pronunțării lipită de alveole, ceea ce nu-i permite să vibreze suficient; e) ***rotacism velar***, în care nu vibrează vârful limbii aşa cum este normal, ci vălul palatin; f) ***rotacism nazal***- datorat faptului că orificiul palatofaringian nu se închide suficient, ceea ce face să se producă vibrații la nivelul părții posterioare a palatului moale şi a peretelui posterior al faringelui, iar emisia lui r este stridentă, cu caracteristici nazale; g) ***rotacism uvular***-produs prin vibrarea uvulei în articulația sunetului r; h) ***rotacism bucal***- format prin scurgerea aerului pe spațiile dintre părțile laterale ale limbii, forțând obrajii să intre în vibrație dând o notă dezagreabilă pronunției.

Deşi cu o frecvență mai mică, se pot produce tulburări şi ale celorlalte sunete. Dintre acestea, amintim: **lambdacism şi paralamdacism** (când este afectat sunetul l); **betacism şi parabetacism** (când este afectat sunetul b); ***capacism* şi *paracapacism*** (când este afectat sunetul c); ***gamacism* şi *paragamacism*** (afectarea sunetului g); ***deltacism* şi *paradeltacism*** (tulburarea sunetului d); ***fitacism* şi *parafitacism*** (tulburarea sunetului f); ***nutacism* şi *paranutacism*** (tulburarea sunetului n); ***hamacism* şi p*arahamacism*** (tulburarea sunetului h); **tetacism şi paratetacism** (tulburarea sunetului t); ***mutacism* şi *paramutacism*** (tulburarea sunetului m); ***vitacism* şi *paravitacism*** (tulburarea sunetului v) ş.a. (după E. Verza, 2003). Prin urmare, frecvența fenomenelor evidențiate depinde de etiologie, de sex şi vârstă, de particularitățile psihoindividuale ale subiectului şi de capacitățile sale verbale.

Pe de altă parte, în funcție de cauzele care stau la baza handicapurilor de pronunție, dislaliile se împart în *organice şi funcționale*. ***Dislaliile organice*, numite şi disglosii** , sunt provocate de deficiențele anatomofiziologice de la nivelul aparatului fonoarticular (prognatismul, progenia, despicăturile maxilo-velo-palatine etc). Există şi aşa-numitele ***dislalii audiogene***, sunt determinate de lezarea aparatului auditiv ce nu permite o recepție normală a vorbirii şi nici un autocontrol al propriei articulări.

Disartria

Din categoria tulburărilor de pronunție face parte şi *disartria*, care este cea mai gravă dintre tulburările respective, fiind cauzată de afecțiunea

căilor centrale şi ale nucleilor nervilor care participă la articulare. Ea se caracterizează pe lângă prezența fenomenelor dislalice, printr-o vorbire confuză, disritmică, disfonică, cu rezonanță nazală şi pronunție neclară. La disartrici, apar şi o serie de complicații psihice ce se produc în sfera afectivă, senzorială, mintală, psiho-socială şi motrică. Dată fiind originea sa, ***disartria se mai numeşte şi dislalie centrală***. Din punct de vedere simptomatologic, unele dintre fenomenele enunțate sunt asemănătoare dislaliei obişnuite, dar mult mai grave. Dislalia centrală este mai frecventă la subiecți cu handicap de intelect. Ea poate fi pusă în evidență mai uşor la adulți față de copii, nu numai ca urmare a deteriorării componentei centrale, ci şi a agravării dificultăților de vorbire.

Rinolalia

O formă intermediară în cadrul tulburărilor de pronunție, este rinolalia ce prezintă şi ea manifestări specifice. Se produce ca urmare a unor malformații ce sunt localizate la nivelul vălului palatin sau a insuficiențelor dezvoltării acestuia, determinate de unele boli infecțioase, de vegetațiile adenoide, de polipi, de atonia sau paralizia vălului palatin, de despicăturile labio-maxilo-palatine, de hipoacuzie, de funcționarea defectuoasă a muşchilor sau a vălului palatin care nu pot deschide traectul nazal în timpul pronunțării sunetelor nazale etc. În rinolalie, se manifestă tulburări de pronunție specifice dislaliei, dar şi deficiențe ale rezonanței sunetelor, de fonație şi chiar de voce, în cazurile accentuate. Aspectul general al vorbirii este dezagreabil, prin manifestarea ''fonfăielii''.

Rinolalia **se clasifică în aperta sau deschisă**, în care suflul aerului necesar pronunțării sunetelor parcurge, predominant, calea nazală; **clauza sau închisă**, când unda expiratorie necesară pronunțării sunetelor nazale (m, n) se scurge pe traectul bucal şi **mixa sau mixtă**, în care unda expiratorie trece, alternativ, atât pe cale nazală, cât şi pe traectul bucal, indiferent de caracteristicile articulatorii ale sunetelor.

1.3.2. Tulburări de ritm şi fluență ale vorbirii

Aşa cum am văzut, din categoria tulburărilor de ritm şi fluență fac parte: **bâlbâiala, logonevroza, tahilalia, bradilalia, aftongia, tulburările pe bază de coree** ş.a. Acestea sunt şi ele tot tulburări ale vorbirii orale, dar sunt mai grave decât tulburările de pronunție, nu numai prin formele de manifestare, ci mai cu seamă prin efectele negative ce le au asupra personalității şi comportamentului persoanei. *Bâlbâiala* a fost remarcată de către oamenii de ştiință din cele mai vechi timpuri, fapt ce a dus la creşterea interesului şi pentru alte tulburări ale limbajului.

Bâlbâiala

Perturbă relațiile logopatului cu cei din jur şi se prezintă ca un handicap relativ grav. Deşi preocupările față de această tulburare au fost intense de-a lungul timpului, explicația ştiințifică, prin evidențierea simptomatologiei şi etiologiei bâlbâielii ca şi dezvoltarea concepției cu privire la terapia complexă în corectarea ei, a fost posibilă abia în secolul

nostru, ca urmare a progresului realizat în ştiințele psihopedagogice, progres realizat şi la nivelul logopediei, mai ales pe plan practic-recuperativ.

Bâlbâiala se manifestă prin repetarea unor sunete sau silabe la începutul şi mijlocul cuvântului, cu prezentarea unor pauze între acestea sau prin repetarea cuvintelor ori prin apariția spasmelor la nivelul aparatului fonoarticulator care împiedică desfăşurarea vorbirii ritmice şi cursive. În primul caz, bâlbâiala se numeşte **clonică**, iar în cel de-al doilea, **tonică**. Când se manifestă atât prin prima formă, cât şi prin a doua, ea se numeşte **mixtă sau clonotonică şi respectiv tonoclonică**, în funcție de aspectul care predomină. Formele cele mai grave se manifestă la adult şi adolescent. Dar cel mai frecvent, bâlbâiala apare între 2-3^{1}/2 ani şi, de obicei, poate fi considerată fiziologică, în lipsa unor factori favorizanți care să o mențină şi s-o consolideze. Când persistă şi în perioada preşcolară, constituie un semnal de alarmă pentru că are tendința de a se croniciza.

Logonevroza

Este strâns legată de bâlbâială, atât prin natura, cât şi prin forma ei. Din punct de vedere simptomatologic, ele sunt foarte asemănătoare, dar de cele mai multe ori logonevroza este mai accentuată decât bâlbâiala, care, apoi, se poate transforma în logonevroză. Bâlbâiala se transformă în logonevroză, atunci când există sau apare un fond nevrotic ca urmare a conştientizării tulburării şi a trăirii acesteia ca o dramă, ca un moment de frustrare a posibilităților pe care le are individul. Bâlbâiala este un fenomen mai mult de repetare a sunetelor, silabelor şi cuvintelor, iar logonevroza presupune pe lângă acestea şi modificarea atitudinii față de vorbire şi a modului cum este trăită dificultatea respectivă prin prezența spasmelor, a grimaselor, a încordării şi a anxietății, determinate de teama că va greşi în timpul vorbirii. La persoanele nevrozate sau psihonevrozate factorii nocivi (mai cu seamă traumele psihice, stresurile) pot provoca direct logonevroza, ceea ce accentuează starea generală de nevrozism şi drept urmare nu se mai trece printr-o dereglare uşoară de tipul bâlbâielii.
Celelalte tulburări de ritm şi fluență ale vorbirii pot exista ca sindrom separat, dar şi ca simptom al bâlbâielii.

Aftongia

la naştere atunci când în muşchii limbii se produce un spasm tonic, de lungă durată, şi însoțeşte de cele mai multe ori bâlbâiala; tulburări de vorbire pe bază de coree (tic, boli ale creierului mic), determinate de ticuri nervoase sau coreice ale muşchilor aparatului fonoarticular, ale fizionomiei ce se manifestă concomitent cu producerea vorbirii;

Tahilalia

Caracterizată printr-o vorbire exagerat de rapidă, apare mai frecvent la persoanele cu instabilitate nervoasă, cu hiperexcitabilitate;

Bradilalia

Opusă tahilaliei se manifestă prin vorbire rară, încetinită cu exagerări maxime ale acestor caracteristici în handicapurile accentuate de intelect sau în cazurile de dominare excesivă a inhibiției etc.

1.3.3. Tulburări de voce

Spre deosebire de tulburările de ritm, care afectează cadența vorbirii, tulburările de voce perturbă melodicitatea, intensitatea şi timbrul vocii.

Mutația patologică a vocii.

Ea apare ca urmare a transformărilor de la nivelul sistemului endocrin, manifestate prin schimbarea funcției hipofizare şi prin modificarea hormonilor sexuali care influențează nu numai structura anatomo-funcțională a laringelui, dar şi modalitățile de reacționare ale sistemului nervos central ce determină o adaptare lentă la condițiile biomecanice. În cazul tulburărilor endocrine, cum este acromegalia, copilul capătă o voce bărbătească, iar în diferite forme de insuficientă dezvoltare a aparatului (din naştere), apare mutația vocii înainte de vârsta obişnuită (la 8-11 ani). Opusul acestui fenomen este întârzierea în procesul de schimbare a vocii, dându-i o notă de infantilism cu prezența unei voci bârâite, cu oscilații de la un ton la altul şi cu diferențe minime între vocea fetelor şi a băieților.

Răguşeala vocală

Face parte din această categorie şi se manifestă prin pierderea expresivității şi a forței vocii. Asemenea cazuri sunt frecvente în îmbolnăvirile laringelui, ale căilor respiratorii (prin răceală, gripe) şi ale ganglionilor fixați pe coardele vocale. Răguşeala poate îmbrăca o formă organică, când vocea se îngroaşă şi se întrerupe în timpul vorbirii, şi alta, funcțională ce determină un caracter şuierat şi înăbuşit al vocii. De obicei, răguşeala funcțională apare în stările emoționale puternice şi în folosirea excesivă a vocii ceea ce conduce la oboseala componentelor articulatorii.

Fonastenia şi pseudofonastenia

Au de cele mai multe ori o natură funcțională. Folosirea incorectă (în special la cântăreți) şi abuzivă a vocii (cântăreți, profesori, oratori), ca şi laringitele pot da naştere la fonastenie. Pseudofonastenia apare cu o oarecare frecvență la unii preşcolari, ca urmare a suprasolicitării vocii, dar mai cu seamă în stările emoționale puternice. În majoritatea cazurilor, fonastenia este însoțită de o serie de dereglări de ordin psihic (frustrare, nesiguranță, teamă, frică), care o mențin şi chiar o accentuează. Toate formele de fonastenie duc la scăderea intensității vocii, pierderea calităților muzicale, întreruperea şi rateul vocii, tremurul şi obosirea prea devreme a vocii.

Disfonia

Apare în urma tulburărilor parțiale ale muşchilor laringelui, ale coardelor vocale, şi a anomaliilor produse de nodulii bucali şi de polipi. În această situație, vocea este falsă, bitonală, monotonă, nazală, tuşită, voalată, scăzută în intensitate, cu timbrul inegal etc. Dereglările şi spasmele respiratorii, produse fie ca urmare a tonusului muscular slab, fie pa baza tracului, a emoțiilor, a şocului, a angoasei, pot determina instabilitatea vocii, inhibiția ei, monotonia şi caracterul şters, nediferențiat sau chiar şoptit, prin scăderea intensității.

Afonia

Este cea mai gravă tulburare de voce. Ea apare în îmbolnăvirile acute şi cronice ale laringelui, cum sunt parezele muşchilor sau procesele inflamatorii. Vocea, în astfel de situații, dacă nu dispare complet, se produce numai în şoaptă, din cauza nevibrării coardelor vocale. Inițial, vocea se manifestă prin răguşeală, scăderea în intensitate, şoptirea, ca în final să dispară complet. În cazul acesta, se instalează tensiunea, agitația, şi chiar unele tulburări psihice. Pe de altă parte, afonia poate fi determinată şi de dereglări psihice puternice, prin emoții, şoc, stresuri, complexe de inferioritate, care acționează pe un fond de hipersensibilitate sau fragilitate a sistemului nervos, afectând personalitatea şi comportamentul subiectului.

1.3.4. Tulburări ale limbajului citit-scris.

Dislexia şi disgrafia

Constituie tulburări parțiale ale citit- scrisului ce îşi pun amprenta pe dezvoltarea psihică a copilului şi mai cu seamă pe rezultatele sale la învățătură. Însuşirea citit-scrisului, ca achiziție recentă în condițiile instruirii, presupune din partea copilului o participare intenționată, voită, afectivă şi conştientă. Când se produc dificultăți în elaborarea deprinderilor lexo-grafice, se dereglează integrarea socială prin manifestarea - în mai multe cazuri - a unor comportamente neadaptate la mediu, datorită unor eşecuri şi conflicte permanente (în viața şcolară), cât şi datorită instalării unor trăsături caracteriale negative, ca: negativismul, anxietatea, descurajarea, inerția, nepăsarea, izolarea. La preadolescenți şi adolescenți, aceste caracteristici se accentuează prin prezența agresivității şi a dezinteresului față de activitatea intelectuală în general. De remarcat şi existența altor forme mai grave ale dereglărilor citit-scrisului ce se manifestă sub forma *alexiei şi agrafiei*, exprimând imposibilitatea producerii actului lexo-grafic. Dar acestea apar pe fondul altor handicapuri grave sau în unele boli psihice şi nu sunt caracteristice persoanelor cu intelect normal.

Există un complex de cauze care stau la baza dislexiei şi disgrafiei, dintre care mai importante sunt: insuficiențele funcționale în elaborarea limbajului, ale îndemânării manuale, ale schemei corporale şi ale

ritmului, lipsa omogenității în lateralizare, stângăcia însoțită de o lateralizare încrucişată, tulburările spațio-temporale, influența eredității, afecțiunile corticale şi, nu în ultimul rând, factorii pedagogici inoportuni, concretizați într-o metodologie instructiv-educativă neadecvată, ce duce la formarea unor deprinderi grafo-lexice deficitare şi care se corectează ulterior foarte greu.

Dislexia şi disgrafia se manifestă, la şcolar, prin incapacitatea sa paradoxală, mai mult sau mai puțin accentuată, de a învăța citirea şi scrierea în mod corect. În cazul acesta, au loc confuzii constante şi repetate între fonemele asemănătoare acustic, literele şi grafemele lor, inversiuni, adăugiri şi omisiuni de litere şi grafeme, omisiuni, inversiuni şi adăugiri de cuvinte şi chiar de propoziții, dificultăți în combinarea cuvintelor în unități mai mari de limbaj, tulburări ale lizibilității, ale laturii semantice etc. La unii disgrafici, grafemele sunt plasate defectuos în spațiul paginii, sunt inegale ca mărime şi formă şi, în general, au o orânduire dezordonată. Datorită neîndemânării de a scrie, textul este scurt, lacunar şi fără unitate logică. Din cauza neînțelegerii celor citite şi a chiar a propriului lor scris, redarea la dislexici şi disgrafici este lacunară, plină de omisiuni, sau, în alte cazuri, conține adăugiri de elemente ce nu figurau în textul parcurs . (E. Verza, 1983).
La elevii nevăzători, care învață în Braille, se poate constata că manifestările disgrafiei au unele particularități specifice, dar caracteristicile generale sunt asemănătoare cu ale disgraficilor ce scriu în alb-negru. Dintre fenomenele comune, atât în scrierea al- negru, cât şi în Braille, putem cita următoarele: omisiuni de litere şi silabe, omisiuni de cuvinte, omisiuni de propoziții şi sintagme, contopiri de cuvinte, substituiri de grafeme, substituiri şi deformări de cuvinte, adăugiri de grafeme şi cuvinte, disortografii, rânduri libere sau suprapuse etc. Totodată, în Braille, se poate evidenția o dependență mai mare a dificultăților prezentate de exercițiu (antrenament) şi de nivelul dezvoltării intelective a subiectului.

1.3.5. Tulburări polimorfe

Din această categorie a tulburărilor de limbaj fac parte ***alalia şi afazia***, ce se caracterizează printr-o maximă gravitate cu implicații complexe, negative, nu numai în comunicarea şi relaționarea cu cei din jur, dar şi în evoluția psihică a logopaților. Astfel, alalia şi afazia afectează atât limbajul impresiv cât şi pe cel expresiv.

Alalia

Din punct de vedere etimologic, termenul de alalie provine din grecescul ''alales'', care înseamnă fără vorbire sau mutenie. Ca urmare, tulburarea respectivă mai este denumită şi prin termenii de audimutitate, întârziere înnăscută a vorbirii, mutenia auzitorilor, mutenia idiopatică ş.a.
Dar vorbirea alalicilor nu se confundă cu lipsa de vorbire a deficienților de intelect profund, a surdomuților, a disartricilor sau a afazicilor. Deşi pot exista întârzieri mintale, alalia nu presupune deficit de intelect de tip

oligofrenic, cu toate că sunt evidente tulburările de percepție, de gândire şi imaginație, de comunicare şi de îndemânare motorie. Aceste caracteristici sunt şi în funcție de forma alaliei. În aşa-numita alalie motorie, alalicul înțelege sensul cuvintelor şi îl reține, dar nu le poate pronunța. Execută ordinele verbale şi poate arăta obiectele indicate. Poate emite unele sunete nearticulate şi chiar cuvinte mono şi bisilabice. În altă formă de alalie, cea senzorială, dimpotrivă, alalicul nu înțelege sensul vorbirii, dar poate repeta sunete şi unele cuvinte cu o structură mai simplă. Deşi pot să audă bine, au dificultăți de percepție a direcției sunetelor. Forma cea mai gravă de alalie este cea mixtă, în care predomină, fie caracteristicile din prima, fie din cea de-a doua.

Se pot reține o serie de caracteristici generale, comune, pentru toți alalicii, indiferent de forma alaliei pe care o au. Dintre acestea, menționăm: lipsa de expresivitate, rigiditate în mişcări şi comportament, dezinteres pentru activitate, voință scăzută, deficite de atenție şi de percepție, slabă dezvoltare a motricității, o întârziere generală în evoluția psihică, ca urmare a lipsei comunicării verbale etc.

Afazia

După cum am văzut, în alalie subiectul este lipsit de posibilitatea achiziției limbajului, în timp ce afazia se produce după dobândirea comportamentului verbal şi este mai frecventă la persoanele adulte sau la bătrânețe, dat fiind faptul că persoanele respective sunt supuse mai frecvent factorilor nocivi care o provoacă. Specialiştii i-au acordat o importanță deosebită, pentru că afazia determină modificări profunde în sfera limbajului (impresiv şi expresiv), iar la nivelul personalității se produc destructurări masive. Afazia poate fi cauzată de accidente vasculare cerebrale produse prin leziunile de la nivelul sistemului nervos central şi gravitatea ei este dependentă de întinderea şi profunzimea acestor leziuni. Deşi, în principal, deteriorarea priveşte sfera comportamentului verbal, au loc, mai mult sau mai puțin, dereglări la nivelul întregului psihism. Astfel, se pot păstra cuvinte parazite, interjecțiile, înjurăturile şi, în general, limbajul trivial. În acelaşi timp, vocabularul devine sărac, un cuvânt poate îndeplini rolul de propoziție, adică se manifestă aşa numitul stil telegrafic în vorbire. La unii afazici apare o vorbire '' academică'', cu multe prețiozități şi un scris servil, ce se remarcă prin înclinarea exagerată spre dreapta sau spre stânga, tulburări ale accentului şi agramatisme. Dificultățile în enumerarea automată, ca şi perseverarea şi aşa-numitele '' intoxicații'' cu cuvinte ocupă un loc aparte în vorbirea afazicului. Ca tulburări secundare, apar afecțiuni ale vocii, dereglări ale respirației şi emoții exagerate. De cele mai multe ori, acestea se asociază cu o serie de dereglări de la nivelul memoriei. De pildă, la afazici se manifestă o scădere a memoriei iar reproducerea este mai slabă ca recunoaşterea şi învățarea. De asemenea, memoria auditivă este mai scăzută decât cea vizuală. Amploarea acestor tulburări din afazie este dependentă şi de caracteristicile personalității subiectului înaintea apariției afaziei, de instrucția sa, de cultura ce o posedă, de vârstă etc. Şi eficiența recuperării se raportează la aceste caracteristici şi mai ales la mediul de

viață, pentru că afazicul are nevoie de înțelegere şi afecțiune, de susținerea moralului, prin crearea unui tonus psihic pozitiv.

1.3.6. Tulburări de dezvoltare ale limbajului

Mutismul electiv

Pe acest plan se remarcă o gamă extinsă de dereglări, dar ne referim, în principal, la două categorii de tulburări. Astfel, este vorba de *mutismul electiv, numit şi voluntar sau psihic*, care se manifestă prin refuzul parțial sau total din partea subiectului de a comunica cu unele persoane, iar în forme grave acest refuz se extinde asupra întregului mediu înconjurător. ''*Mutenia*'' este temporară, şi poate dura de la câteva săptămâni, la luni sau chiar ani de zile. De obicei, mutismul electiv apare la copiii hipersensibili şi este însoțit de tulburări comportamentale în care încăpățânarea, timiditatea, brutalitatea, irascibilitatea ocupă un loc important. În majoritatea cazurilor, handicapul este determinat de atitudinile greşite în educație care traumatizează afectiv copilul. Dar şi emoțiile şoc, stresurile, eşecurile repetate frustrările pot duce la un astfel de mutism. Deşi nu comunică, copiii cu mutism electiv înțeleg vorbirea şi nu manifestă deficiențe de ordin intelectiv. Dar persistența pe o perioadă mai mare a lipsei comunicării duce la rămâneri în urmă pe linia dezvoltării vocabularului şi a exprimării logico-gramaticale, cu repercusiuni în plan intelectiv.

Retardurile în dezvoltarea limbajului

O extindere şi o frecvență mai mare o au handicapurile de limbaj; acestea se înscriu în categoria întârzierilor sau retardurilor în dezvoltarea generală a vorbirii ce se pot întâlni la acei subiecți care nu reuşesc să atingă nivelul de evoluție al limbajului, raportat la vârsta cronologică. De obicei, ele există ca fenomene secundare în mai toate handicapurile de intelect şi senzoriale şi chiar în unele tulburări de vorbire descrise mai sus, dar se pot manifesta şi de sine stătător. Întârzierile în dezvoltarea vorbirii se recunosc după sărăcia vocabularului şi după neputința de a se exprima coerent, logic în propoziții şi fraze. Frecvent, retardurile verbale cuprind atât aspectele fonetice, lexicale, cât şi gramaticale. Datorită acestor fenomene, şi înțelegerea vorbirii celor din jur se realizează cu dificultate, ceea ce influențează negativ evoluția psihică generală şi comportamentală.

Asemenea retarduri verbale pot fi determinate de carențele sistemului nervos central provocate de hemoragii cerebrale în timpul naşterii, de eventualele boli grave, de lipsa de stimulare a comunicării în perioada primei copilării. Deficiențele senzoriale şi de intelect pot avea efecte similare, deoarece nu facilitează o dezvoltare normală a limbajului, iar cauzele specifice acestora influențează negativ şi modul de evoluție şi de structurare a limbajului.

1.3.7. Tulburări ale limbajului bazate pe disfuncții psihice

Dereglările care se produc la nivelul oricărei componente psihice au repercusiuni şi asupra celorlalte componente şi în egală măsură şi asupra limbajului. Aşadar, tulburările de la nivelul limbajului sunt dependente, din această perspectivă, de gravitatea afecțiunii psihice şi chiar de etiologia incriminată în cazul dat. De aici, existența unei categorii largi de tulburări care are în componență o serie de fenomene relativ asemănătoare prin forma de manifestare şi prin efectele negative în exprimarea conținutului ideativ (dislogii, ecolalii, jargonafazii, bradifazii etc).

Caracteristic pentru toate sunt, aşadar, dereglările generale în formulare, expresie verbală deficitară şi reducerea cantitativă a înțelegerii comunicării.

1.4. Terapia tulburărilor de limbaj

Eficiența corectării tulburărilor de limbaj este dependentă de o serie de condiții subiective (dependente de subiect) şi obiective (dependente de situație, mediu, corectitudinea şi precizia metodelor folosite etc). Pe acest plan, subliniem că activitatea corectiv-recuperativă trebuie să înceapă, în primul rând, cu copiii preşcolari şi şcolari mici, pentru a evita transformarea tulburărilor de vorbire în deprinderi negative şi pentru a înlesni desfăşurarea procesului instructiv-educativ în condiții adecvate. În aceeaşi ordine de idei, remarcăm că la vârstele mici tulburările de vorbire sunt mai frecvente şi corectarea lor este mult mai facilă în raport cu perioadele înaintate. Dar aceasta nu înseamnă că vor fi neglijați puberii, adolescenții şi chiar adulții care manifestă tulburări de limbaj, cu atât mai mult cu cât, se ştie, că la aceştia, frământările lăuntrice care le provoacă sunt mai accentuate şi influențează negativ structurile de personalitate şi elaborarea comportamentelor adaptative.

Metodele şi procedeele folosite în terapia logopedică sunt specifice fiecărei categorii de tulburări, iar alegerea lor este în funcție de fiecare caz în parte, de tipul de tulburare şi de gravitatea acestuia, de vârsta şi nivelul de dezvoltare psihică ale subiectului, de etiologia şi simptomatologia acestuia. Stabilirea diagnosticului logopedic este esențială pentru încadrarea subiectului în activitate şi adoptarea complexului terapeutic. Un asemenea demers presupune o examinare precisă a capacităților verbale ale subiectului şi a perspectivei corective (prognozei) la care este bine să se adauge şi examenul psihologic şi medical.

În terapia limbajului tulburat există două categorii mari de metode şi procedee. Dintre acestea, unele sunt generale şi comune pentru toate categoriile de handicapați, iar altele sunt specifice şi se adoptă în raport de fiecare tulburare în parte. dar în cele mai multe cazuri, ele se aplică combinat şi vizează, în egală măsură, aspectele corective ale limbajului

ca şi stimularea activității psihice în ansamblu. Cele din a doua categorie sunt de competența exclusivă a specialistului, dat fiind gradul lor de complexitate şi dificultate. Din prima categorie de metode şi procedee fac parte acelea care contribuie indirect la corectarea tulburărilor de limbaj şi pregătesc subiectul pentru aplicarea celei de-a doua categorii şi anume metodele şi procedeele specific logopedice. Aceasta nu înseamnă că metodele şi procedeele cu caracter general din prima categorie nu sunt eficiente, ci din potrivă, ele au o mare importanță pentru întreaga terapie.

1.5. Educarea personalității şi facilitarea comportamentelor adaptive

După cum se ştie, una din funcțiile esențiale ale limbajului este cea reglatorie şi autoreglatorie. În handicapurile de limbaj scade funcționalitatea unei asemenea funcții şi, ca atare, se produc perturbații în organizarea şi sistematizarea activității psihice, ceea ce face să se reducă încrederea în forțele proprii şi să apară o stare de încordare, de nelinişte şi de teamă față de impresia ce o produce asupra celor din jur. Tulburările de limbaj accentuate, care afectează atât latura expresivă, cât şi cea impresivă a limbajului nu numai că determină reticențe în relaționarea cu cei din jur, dar integrarea logopatului în activitate devine anevoioasă. Ca atare, structurarea însuşirilor de personalitate poate îmbrăca forme negative care duc la comportamente neintegrative. Cu cât tulburarea de limbaj este mai grav, cu atât tensiunea creşte, iar subiectul va trăi acest fenomen în planul psihic ca pe o dramă. Într-o cercetare efectuată de E. Verza, asupra unui lot de subiecți cu handicapuri de limbaj, format din 150 dislalici, 63 bâlbâiți, 32 cu tulburări de voce şi 65 cu deficit asociat-dislexie-disgrafie au fost constatate tulburări comportamentale la 104 dislalici, la 56 bâlbâiți, la 14 dintre cei cu tulburări de voce şi la 58 dislexici- disgrafici. Numărul relativ mare al subiecților la care au apărut tulburări comportamentale se explică tocmai prin trăirea dramatică a handicapului de limbaj pe fondul hipersensibilității şi atitudinilor nefavorabile pe care logopatul le percepe ca pe respingeri şi marginalizări ale celor din jur.

Întrebări/probleme pentru autoevaluare

1. Subliniați momentele importante ale constituirii logopediei ca ştiință şi a locului acesteia în sistemul ştiințelor psihopedagogice.
2. Actualizați criteriile care stau la baza clasificării tulburărilor de limbaj.
3. Sistematizați etiologia şi simptomatologia specifică fiecărei categorii de tulburări ale limbajului.
4. Relevați specificul şi importanța metodelor şi procedeelor corectiv-terapeutice.

Bibliografie

1. VERZA E.- „PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ”, BUCUREŞTI, E.D.P., 1998. (pg. 73 – 104)
2. VERZA E.- „TRATAT DE LOGOPEDIE – VOLUMUL I”, EDITURA FUNDAȚIEI HUMANITAS, BUCUREŞTI, 2003. (pg. 23 – 63; 124 – 151; 212 – 219; 281 – 323)
3. VERZA E.F.- „INTRODUCERE ÎN PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ ŞI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ”, BUCUREŞTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2002. (pg. 144 – 186)

Unitatea de învățare nr. 2
DEFICIENȚELE DE COMPORTAMENT

CUPRINS:

- Delimitări conceptuale în deficiențele de comportament;
- Cauze şi forme ale deficiențelor de comportament;
- Efectele tulburărilor de comportament în plan şcolar şi social;
- Prevenția, educarea şi integrarea în viața socială a deficienților de comportament;

Scopurile unității de curs

- să se formeze o imagine unitară asupra deficiențelor de comportament ;
- să se înțeleagă posibilitățile de integrare socio-profesională a persoanelor cu tulburări de comportament în funcție de gravitatea şi complexitatea manifestărilor.

Obiective

- înțelegerea semnificației psihosociale a tulburărilor de comportament;
- familiarizarea cu conceptele specifice;
- să se conştientizeze acțiunea factorilor de diferite tipuri asupra structurii biopsihice şi influența nocivă a acestora în plan comportamental;

2.1. Delimitări conceptuale în deficiențele de comportament

Pentru început, este bine să precizăm distincția ce trebuie făcută între comportament şi conduită, deoarece ele nu sunt total sinonime(Piaget, Wallon), aşa cum sunt luate în majoritatea cazurilor. Astfel, sfera noțiunii de comportament este mai amplă decât a conceptului de conduită (Claparede).

Mulți autori consideră comportamentul ca fiind ansamblul reacțiilor globale ale organismului aflat în interacțiune cu mediul (conține şi mişcarea instinctuală a insectelor spre lumină, a animalelor spre surse alimentare). Conduita, mai restrictiv, este considerată ca fiind un ansamblu de reacții stereotipe, însuşite şi învățate pe parcursul experienței individului.

De asemenea, P. Janet consideră conduita ca fiind superioară comportamentului, deoarece ea reprezintă o acțiune conştientă, complicată, însoțită de o anumită participare afectivă, spre deosebire de reacțiile comportamentale văzute ca acțiuni primare sau ca reflexe simple şi elementare ce definesc relația dintre subiect şi lumea înconjurătoare. Dar, comportamentul poate căpăta, la om, valențe superioare, înglobând conduitele şi atunci, reglajul, controlul şi autocontrolul însoțesc individul în toate acțiunile întreprinse.

Privind comportamentul ca expresie a relației dintre dezvoltarea psihică, dintre dezvoltarea personalității şi mediul ambiant în care trăieşte individul putem defini tulburările de comportament ca fiind abateri de la normele şi valorile umane pe care le promovează un anumit tip de societate.

Aceste abateri comportamentale se înscriu în categoria largă a fenomenelor de inadaptare şi pot apărea la toate nivelurile de vârste fiind determinate de o varietate de cauze. În limbajul ştiințific, ca apoi şi în cel cotidian, handicapurile de comportament sunt cuprinse în mod sintetic în conceptul de *delicvență* şi uneori în cel de *infracțiune* (mai cu seamă în ştiințele juridice). Aceşti termeni desemnează comportamente noncomformiste care pot produce efecte negative atât pentru individ, cât şi pentru societate. Din punct de vedere psihologic indivizii, care produc astfel de comportamente aberante prezintă dezechilibre sau o stare deficitară în unul sau în toate palierele: maturizării psihice, structurării conştiinței de sine şi a conştiinței sociale, asimilării normelor şi valorilor social- culturale, structurării motivațional- caracteriale, maturizării sociale.

Comportamentul este dependent de nivelul intelectului, de cunoştințele şi experiența de viață a individului, de caracteristicile organizării sociale şi funcționalitatea relațiilor intersubiective. Unele comportamente aberante se produc şi prin fixarea obişnuințelor negative sau prin repetarea unor experiențe negative pe care individul pe percepe ca avantajoase, fără a face o evaluare de ansamblu a situației şi fără să ia în considerație efectele pe care le au asupra celor din jur.

2.2. Cauze şi forme ale deficienței de comportament

Odată produse, manifestările comportamentale sunt trăite în plan intern şi au un efect circular. Ele se repercutează asupra subiectului, menținând sau modificând caracteristicile ce au stat la baza declanşării acțiunilor respective. În acest fel, subiectul va fi definit ca ființă unică pe

lângă însuşirile de personalitate şi de un tipar comportamental. Toate formele comportamentului (afectiv, cognitiv, verbal, ludic, psihomotor) se corelează cu structurile dominante ale personalității.

Putem vorbi de o categorie de tulburări în planul intern, cum ar fi: anxietăți şi frustrări prelungite, instabilitate afectivă şi depresii, ostilitate şi neacceptarea colaborării cu cei din jur, slaba dezvoltare afectivă şi indiferență, trăirea unor tensiuni exacerbate, prin conştientizarea unor handicapuri, repulsie față de activitate, dereglări ale unor funcții psihice. Acestea determină handicapuri comportamentale de forme şi intensități diferite, în funcție de profunzimea dereglărilor interioare şi se concretizează, în exterior, prin: reacții afective instabile (frică, mânie, furie, râs şi plâns nestăpânit), agitație motorie şi mişcări dezorganizate, negativism şi apatie, teribilism şi infatuare, furt şi vagabondaj, cruzime şi aberații sexuale.

Referindu-se la tulburările de comportament specifice perioadelor copilăriei, Mariana Neagoe (1997) subliniază că ele apar pe fondul unor tulburări de dezvoltare care determină o încetinire a dezvoltării prin menținerea infantilismului, o dezvoltare inegală în unele paliere psihice şi, în fine, o afectare a dezvoltării sau distorsionarea acesteia.

Toate acestea pot avea la bază o multitudine de cauze care acționează asupra subiectului în diferite perioade de vârstă. De asemenea, putem vorbi şi de predispoziții înnăscute, sechele datorate leziunilor cerebrale, ca urmare a meningo-encefalitelor sau a traumatismelor, modificări endocrine produse brusc în condițiile de mediu nefavorabil şi chiar disconfortul psihic şi influențele negative ale anturajului. Lipsa de supraveghere a copiilor, lipsa de autoritate sau autoritatea tiranică a părinților, împreună cu neantrenarea în activitate, pot duce la părăsirea domiciliului şi chiar la vagabondaj. Astfel de fenomene se asociază, aproape întotdeauna, cu carențe afective ce determină trăsături egocentrice sau subestimarea eului.

Frecvență

Tulburările de comportament au o frecvență diferită de la o perioadă de vârstă la alta. Unii autori (1970) consideră că handicapurile de comportament au cea mai mare frecvență între 14-16 ani, după care se atenuează, iar când se manifestă la vârsta adultă capătă forme caracteriopate cu tendințe spre stabilizare şi repercusiuni antisociale.

În literatura de specialitate (U. Şchiopu, E. Verza, 1997) s-a pus în evidență şi relația dintre infracționism şi conduitele sexuale aberante, la baza cărora se află frecvent experiențe negative de tipul:

- incidente sexuale negative, produse în copilărie prin reacția unui homosexual, a incestului sau a violului, generează imaturitatea în conduite;
- lipsa unor modele sexuale corecte în familie, cu care să se identifice, determină sporirea riscului pe direcția apariției conduitelor aberante;
- izolarea excesivă față de alți copii şi lipsa de educație socială determină teama față de sexul opus şi dificultăți de stabilire a relațiilor interpersonale;

- imaturitatea şi lipsa de responsabilitate determină dependență de ceilalți şi sugestibilitate crescută la influențele negative;
- teama şi anxietatea excesivă din familie şi şcoală, duce la tensiuni şi hiperacțiuni sexuale;
- viața austeră şi deprivarea de relații sociale creează situații de risc în adaptarea comportamentelor mature şi armonice.

În cazul băieților, manifestările cu caracter aberant sunt mai evidente şi au frecvență mai mare față de cele ale fetelor, dar, şi într-un caz şi în altul, implicațiile complexe sunt evidente în viața socială.

Minciuna

Este o abatere comportamentală simplă, care semnifică formarea, particularităților negative ale personalității. Ea evoluează diferit în funcție de vârstă. Dacă în perioada antepreşcolară minciuna nu poate fi luată ca o notă specifică a unui caracter negativ ci doar ca o formă de adaptare la condițiile noi, cu timpul, prin repetare, devine o obişnuință şi se poate transforma într-o caracteristică negativă a personalității.

Furtul

Este o altă abatere comportamentală cu consecințe mult mai grave. La baza acestuia se află un sentiment de frustrare cu pronunțate note de anxietate. Furtul efectuat în bandă îmbracă forme mai grave şi cu pronunțate note de teribilism, mai ales la tineri. În ontogeneza timpurie, în forma sa incipientă, furtul se manifestă prin însuşirea forțată sau brutală a jucăriei partenerului, ca mai târziu să ia forma însuşirii obiectului dorit pe furiş, cu o nuanță de laşitate.

Jaful

Ca formă de comportament foarte gravă, are loc sub amenințare sau ca act de violență. Situația devine tragică şi complexă când jaful se produce în bandă, evidențiind caracteristicile personalității dizarmonice, a unei dezvoltări psihice scăzute în care discernământul este limitat.

Fuga de acasă şi vagabondajul

*C*a forme de manifestare a unui comportament tulburat, apar pe acelaşi fond. Un asemenea fenomen are loc în cazul copiilor introvertiți, emotivi, anxioşi, dar şi la cei agitați, frustrați afectiv, neadaptați la colectiv, conflictuali şi labili.

Vagabondajul

*C*a deteriorare comportamentală gravă, se asociază adeseori cu alte forme aberante cum ar fi prostituția şi perversiunile sexuale.

Oboseala provocată de un consum nervos rapid duce la scăderea activității intelectuale, ceea ce atrage după sine instalarea unor alte feluri de tulburări de comportament. O asemenea oboseală facilitează instalarea fenomenelor astenice, ce determină tulburări în plan psihic: diminuarea activității mnezice, scăderea capacității de concentrare şi incapacitatea de a îndeplini sarcini complexe.

2.3. Efectele tulburărilor de comportament în plan şcolar şi social

În ceea ce priveşte planul efectelor produse de anomaliile comportamentale în cadrul şcolii şi a profesiunii, se constată că acestea au la bază o multitudine de factori. Acestea încep, de cele mai multe ori, şi apoi se extind, de la greşelile părinților, manifestate prin lipsa de preocupare față de copii, indiferență afectivă, nestimularea dezvoltării personalității copilului până la mediul şcolar tensionat, lipsa de tact pedagogic, favoritism, descurajarea unor elevi, eşecurile şcolare repetate etc. Toate acestea duc la absenteism, hoinăreală, lene, negativism față de activitatea şcolară, opoziție față de efort şi atitudini negative la adresa colectivului şi de obstrucționare a activității altora. Ei constituie grupul elevilor care nu se pot adapta la viața şcolară odată cu prezentarea unor disonanțe între capacitățile psihice şi calitatea efortului depus, dar şi între nivelul cerințelor şi exigențele procesului instructiv-educativ. Prin urmare, rezultă că fenomenul neadaptării se asociază cu factorii subiectivi (cei ce țin de dezvoltarea fizică şi mintală, de evoluția afectivă, de însuşirile caracteriale şi temperamentale) şi obiectivi (cei familiali, şcolar-pedagogici, culturali, morali, economico-sociali), determinând perturbarea echilibrului dintre elev şi şcoală.

Se consideră că la vârsta de 6-7 ani, circa 8-10% din copii nu au maturitatea necesară pentru a corespunde exigențelor unei învățări organizate şi riguroase. Astfel, pot apărea forme de inadaptare şcolară de tipul imaturității (copiii progresează lent, nu pot susține un efort îndelungat, obosesc mai repede decât ceilalți, sunt agitați psihic şi motor sau dimpotrivă, apatici, trec cu greu de la o activitate la alta şi cu timpul, prin trăirea tensionată şi conflictuală a eşecurilor repetate, le scade interesul pentru învățare şi încep să evite şcoala).

Factorii menționați mai sus determină un tip de insucces şcolar, bazat pe stări anxioase în care fobia față de şcoală influențează structurarea personalității şi comportamentul copilului. Anxietatea se instalează ca o trăsătură dominantă în timp şi astfel generează nelinişte şi panică, reacții emoționale exagerate şi labilitate afectivă, fatigabilitate şi cefalee. Inadaptarea nu este doar de tip şcolar, ci poate cuprinde toate sferele activității şi relațiile umane implicate. După C. Gonnet (1968), există trei categorii de copii inadaptați:

1) inadaptații psihic (cuprinzând deficienții de intelect);
2) inadaptații fizic (cuprinzând deficienții senzoriali);
3) inadaptații social (cuprinzând delincvenții, psihopații, psihoticii).

Dacă la vârsta copilăriei predomină formele inadaptării şcolare cu manifestări de complexitate redusă, mai târziu, vor apărea dificultăți în adaptarea socială şi profesională, cu efecte negative pentru individ şi societate. Acestea îşi pun amprenta asupra întregii personalități şi astfel se ajunge la stabilizarea handicapurilor comportamentale în care

societatea intervine, de cele mai multe ori, prea târziu pentru a le anihila şi a-l recupera pe individ. Când handicapurile de comportament se instalează pe fondul altor handicapuri sau se asociază cu acestea, ele devin mult mai grave şi implică un mare grad de dificultate pentru înlăturarea lor.

2.4. Prevenția, educarea şi integrarea în viața socială a deficienților de comportament

Măsurile psihopedagogice de prevenire a handicapurilor de comportament, aplicate de timpuriu, sunt deosebit de importante deoarece îl scutesc pe copil de multe neajunsuri, asigurându-i dezvoltarea armonioasă a personalității.

În condițiile în care devierea conduitei este deja produsă, este necesară aplicarea cât mai devreme cu putință a unor intervenții educaționale cu caracter recuperativ-corectiv pentru a nu permite cronicizarea acestora. În ambele cazuri, alături de familie, educatoarea şi învățătoarea au un rol fundamental. Fazele procesului educațional vor fi raportate la particularitățile psihoindividuale şi de vârstă ale copiilor şi implică demersuri pedagogice clare, odată cu antrenarea copilului în activități ce permit afirmarea sa. Într-o primă fază, se creează un confort psihic la nivel de colectiv şi se acordă importanță componentei afectiv-motivaționale, stimulându-se atât sensibilitatea copilului şi receptivitatea față de trăirile altora, cât şi dezvoltarea unor motivații complexe pentru activitate şi pentru împlinirea scopurilor acesteia. Se urmăreşte formarea maturității în raporturile colective şi şcolare, iar acolo unde relațiile interpersonale şi activitățile organizate contribuie la dezvoltarea personalității, se insistă pe acestea şi se creează un cadru favorabil intervențiilor psihologice de consiliere şi îndrumare a subiectului.

Întrebări/probleme pentru autoevaluare

1. Analizați comportamentul uman prin raportarea la conduită şi la dereglările posibile;
2. Evidențiați cauzele şi formele deficienței de comportament.
3. Precizați impactul handicapului de comportament asupra subiectului şi societății, pentru a sublinia nevoia de prevenție şi reeducare

Bibliografie minimală

1. GONNET C.,- „LES ECOLIERS INADAPTES", PARIS, P.U.F., 1968
2. NEAGOE MARIA,- „COPIII CU HANDICAP DE COMPORTAMENT. ETIOLOGIE, FORME ŞI ROLUL EDUCAȚIONAL ÎN PREVENIREA ACESTUIA, ÎN EDUCAREA ŞI RECUPĂERAREA COPIILOR VULNERABILI" ÎN E. VERZA „GHIDUL EDUCATORULUI", BUCUREŞTI, TIPOGRAFIA METROPOL, 1997
3. RĂDULESCU,M.,S., - ANOMIE, DEVIANȚĂ ŞI PATOLOGIE SOCIALĂ, ED. HYPERION, BUCUREŞTI, 1991
4. ŞCHIOPU, URSULA, VERZA, E.- „PSIHOLOGIA VÂRSTELOR – CICLURILE VIEȚII", E.D.P., BUCUREŞTI, 1997
5. VERZA E.- „PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ", BUCUREŞTI, E.D.P., 1998. (pg.114 – 122)
6. VERZA E.F.- „INTRODUCERE ÎN PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ ŞI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ", BUCUREŞTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2002. (pg. 187 –196)

Unitatea de învățare nr. 3
DEFICIENȚE ASOCIATE (POLIHANDICAPUL)

CUPRINS:

- De la handicap la polihandicap;
- Surdocecitatea;
- Autismul;

Scopurile unității de curs

- formarea unei imagini unitare asupra condițiilor asocierii deficiențelor;
- înțelegerea diferențelor între conceptul de handicap şi cel de polihandicap ;
- înțelegerea metodologiilor educațional-recuperatve în surdocecitate şi autism.

Obiective

- înțelegerea conceptului de surdocecitate în contextul asocierii celor două handicapuri senzoriale de auz şi de văz ;
- să se conştientizeze acțiunea factorilor ereditari şi dobândiți asupra gravității acestui polihandicap (surdocecitatea) ;
- raportarea conceptului de autism la alte polihandicapuri;
- să se conştientizeze acțiunea factorilor ereditari şi dobândiți asupra gravității acestui polihandicap(autismul);
- asimilarea principalelor simptome ce caracterizează sindromul autist ;

3.1.De la handicap la polihandicap

Prin polihandicap se înțelege existența a două sau mai multe forme de handicap(deficiențe), asociate la aceeaşi persoană şi însoțite de o varietate de tulburări.

Diversitatea tulburărilor este dependentă de gravitatea acestora şi de numărul simptomelor care sunt asociate într-o formă de bază de tip sindrom. De aceea, integrarea şcolară se realizează diferit, în cele mai bune situații, parțial sau total, în funcție de profunzimea handicapului.

În cazul polihandicapului, aveam de-a face cu deficienţe severe sau profunde fie într-un palier al activităţilor fizice şi psihice, fie cu dificultăţi în toate componentele principale ale activităţii psihofizice. Dar, putem întâlni şi deficienţe singulare „renunite", şi care pot fi, însă extrem de grave (profunde) şi la care componenta afectată este deteriorată total şi pe toate secvenţele acesteia. Astfel, apar disfuncţionalităţi la nivel psihic sau la nivel organic, care pot să afecteze, negativ, planul psihic general.

Aşadar, polihandicapul se găseşte în majoritatea sindroamelor deficientului de intelect, în unele deficienţe fizice şi în deficienţe senzoriale, şi mai ales în cazul asocierii lor. Dintre acestea, le vom reţine pe cele mai importante, cum sunt : surdo-cecitatea, autismul, toate sindroamele deficienţei mintale, la care ne-am raportat deja.

Surdo-cecitatea

Datorită asocierii surdomutităţii cu cecitatea se produc grave perturbări în existenţa individului, deoarece perceperea lumii înconjurătoare şi comunicarea cu aceasta se restrânge la un număr minim de canale. La orbul surdomut sunt afectaţi principalii analizatori : văzul, auzul şi cel verbomotor. De aceea, socializarea şi dezvoltarea psihică presupune adoptarea unor programe educaţionale care să valorifice, maximal, analizatorii valizi şi să determine compensarea acestor funcţii specifice analizatorilor afectaţi. În educarea unui copil cu dublu sau triplu handicap, este foarte importantă perioada în care se produce afecţiunea, deoarece un copil polihandicapat din naştere sau la scurt timp după, nu are reprezentări vizuale şi auditive şi nici deprinderi de vorbire, care să consolideze în mod obişnuit. Pe de altă parte , survenirea orbirii şi surdităţii, după stocarea unor imagini, face posibilă, prin antrenament şi învăţare, dezvoltarea compensatorie a funcţiilor specifice şi a abilităţilor comunicaţionale.

Factorii

Sunt, în majoritate, aceiaşi ca şi în deficienţa de vedere sau de auz, dar au o acţiune mai extinsă , mai profundă şi produc modificări majore de ordin structural şi funcţional (bolile infecto-contagioase, intoxicaţiile, febra tifoidă, rubeola, administrarea în exces a streptomicinei, neomicinei, canamicinei şi traumatismele ce afectează zonele centrale şi periferice ale analizatorilor respectivi, meningitele şi encefalitele).

În surdo-cecitate, deficienţele se pot instala concomitent, dar de cele mai multe ori apare mai întâi una, ca la scurt timp să urmeze şi cealaltă . Este destul de greu să se depisteze, timpuriu, aceste deficienţe. În primii doi ani de viaţă, datorită menţinerii unor resturi auditive sau de vedere, părinţii nu sesizează starea de deficit a copilului sau se amăgesc crezând că este vorba de un fenomen trecător, şi

încercând tot felul de tratamente ajung să orienteze copilul spre recuperare educațională specializată abia pe la 6-7 ani.

Procesul educațional - recuperativ

Se bazează pe posibilitățile de preluare a funcțiilor afective de către analizatorii valizi şi dezvoltarea unor capacități prin intermediul acestora, care să facă posibilă umanizarea şi comunicarea cu lumea înconjurătoare. Se formează mai întâi obişnuințe, pentru satisfacerea normală a trebuințelor biologice şi igienice, apoi deprinderi de recepționare a semnalelor din mediu, în vederea raportării la cei din jur. Mai târziu, stimularea reflexului de orientare şi elaborarea intereselor de cunoaştere se face prin formarea şi menținerea unor reflexe condiționate. După parcurgerea cunoaşterii nemijlocite a obiectelor, se trece la elaborarea „imaginilor" şi la realizarea unor reprezentări pe baza percepțiilor. Activitatea practică rămâne dominantă pentru semnificația relației organism-mediu. În dezvoltarea capacităților senzorial-perceptive şi în organizarea cunoaşterii, se respectă legitățile secvențiale de detectare, discriminare, intensificare şi interpretare.

Prezența surdo-cecității, survenite la scurt timp după naştere, nu impiedică dezvoltarea capacităților intelective – creative. În acest sens, avem două exemple clare, Helen Keller şi Olga Skorohodova, a căror deficiență a survenit la 2 şi, respectiv, 5 ani, ca urmare a meningitei şi care au reuşit să absolve o instituție de învățământ superior. Pe lângă proză şi poezie, ele au descris şi etapele educației speciale, în lucrările : „Memoriile" şi respectiv, „Cum percep lumea exterioară", în care au pus în evidență modalitățile de relaționare cu mediul, de percepere a acestuia, contactul cu obiectele, formarea reprezentărilor şi imaginilor, a simbolurilor şi comunicării verbale, etc. La noi, a atins o dezvoltare remarcabilă Vasile Adamescu care, după absolvirea universității, a devenit unul din cei mai apreciați profesori dintr-o şcoală de nevăzători din Cluj-Napoca şi care reuşeşte să ducă o viață normală.

Este foarte greu pentru părinții unor astfel de copii, deoarece grija exagerată sau respingerea este dublată de faptul că nu ştiu cum să procedeze cu ai. Astfel, copiii ajung la vârsta şcolară fără să posede cele mai elementare deprinderi şi fără a-şi putea exprima dorințele. În acest caz, este fundamental contactul cu lumea, stabilit cu ajutorul analizatorului tactil. Copilul trebuie să înțeleagă că fiecare lucru are un nume, iar folosirea limbajului presupune şi înțelegerea acestuia. Înțelegerea cuvântului, ca simbol al noțiunii, presupune conştientizarea faptului că fiecare obiect sau acțiune sunt reprezentate prin cuvinte, litere sau grafeme.

În activitatea cu copiii orbi-surdo-muți, explorarea mediului înconjurător, prin plimbări şi excursii , permite cunoaşterea reală a obiectelor, concomitent cu învățarea numelui acestora (educatorul scrie cuvintele în palma copilului). Folosirea gesturilor este importantă, de asemenea, mai ales în cazul în care copilul are o bună capacitate de imitare şi unele resturi de văz.

După ce sunt însuşite bazele limbajului, se trece la lectură, scris şi calcul. Este de înțeles folosirea limbajului Braille şi a unor proteze auditive, acolo unde este cazul. Mâna joacă rolul fundamental în recepția stimulilor din mediu şi îndeplineşte funcția de organ de transmisie cu ajutorul gestului şi dactilologiei. Formarea comunicării verbale şi a gândirii verbale se bazează pe imaginile constituite prin tact şi prin simbolistica gestului şi a dactilemului.

În surdo-cecitare , metodologia educațională implică următoarele etape : cunoaşterea nemijlocită a lumii înconjurătoare, însuşirea gesticulației, formarea capacității de folosire a semnului dactil, formarea deprinderilor de citire şi scriere, formarea capacității de comunicare verbală. Este important, de asemenea, climatul afectiv, atmosfera tonifiantă, stimularea atitudinilor pozitive şi efortul constant.

Mentalitatea, atitudinile manifestate de societate față de persoanele handicapate fac parte, nemijlocit, din sistemul de şanse ce li se acordă acestora, pentru dezvoltare şi integrare în mediul ambiant. Acestea aparțin igienei mintale de care, în egală măsură, este interesată ştiința şi societatea. C. Enăchescu (1996, pg.190) afirmă că „Acțiunea psihoigienei în problema deficienților are câteva aspecte caracteristice, pe care le redăm mai jos: protejarea psihică şi socială a acestora, prin atribuirea unui statut social care respectă demnitatea umană, locul lor în societate , drepturile lor, măsuri privind adaptarea şcolară, profesională, familială şi socială a deficienților, măsuri speciale de şcolarizare şi profesionalizare, în raport cu capacitățile de care dispun deficienții ; măsuri de protezare compensatorie a deficienților".

3.3. Autismul

Termenul a fost formulat de B.Bleuler, la începutul secolului. El se referea la dereglări secundare de natură psihogenetică pe care le raporta la o categorie definitorie de tulburări primare. Acestea din urmă se regăsesc şi în autism, şi constau în dereglări ale asociațiilor de idei, întreruperea fluxului ideativ, dereglări de limbaj şi stereotipii, stări de excitație puternică, ce alternează cu cele depresive, dereglări neuro - vegetative, secondate de halucinații în plan psihic. Mai târziu, conceptul de autism a fost bine conturat şi definit în raport cu alte categorii de handicap, însă este considerat ca fiind controversat în raport cu caracteristicile comportamentale şi manifestarea funcțiilor psihice ce le generează pe parcursul vieții individului.

În diagnoza autismului se fac frecvente confuzii şi substituiri cu alte sindroame la fel de puțin delimitate în teorie şi practică, în care sunt prezentate unele manifestări asemănătoare sau chiar comune cu cele din autism. Astfel, termeni ca psihoză infantilă, encefalopatie infantilă, tulburări emoționale grave, schizofrenie infantilă, oligofrenie, întârziere psihică, copii fără contact, se referă la o arie largă de fenomene , dar nu acoperă starea concretă de autism.

Bleuler defineşte autismul ca fiind o detaşare de la realitate, însoțită de o predominare a vieții interioare, o repliere totală asupra lumii lăuntrice, un mod de gândire necritic, centrat pe subiectivitate şi rupt de realitate.

Etiologic, termenul de autism provine de la cuvântul „autos", care înseamnă „însuşi" sau „eul propriu", şi de la accepțiunea dată autismului de I.Kanner, ca fiind retras şi mulțumit de sine însuşi.

Cu mult înainte, în descrierea autismului de tip Kanner, literatura de specialitate consemnează o serie de date cu privire la comportamentul unor copii ce prezentau o simptomatologie asemănătoare, prin existența deficitului de comunicare, de socializare şi de structurare a comportamentelor mature şi armonioase.

I. Kanner a făcut posibilă departajarea tranşantă a unui sindrom caracteristic – autismul – de toate celelalte forme de handicap. El evidențiează o serie de trăsături caracteristice, prin care cele mai importante ar fi :

- Incapacitatea de a adopta o poziție normală în timpul luării în brațe chiar şi în perioada de sugar ;
- o exacerbare a memorării mecanice ;
- incapacitatea de comunicare verbală;
- incapacitatea utilizării conceptelor abstracte ;
- temă şi emoții exagerate ;
- incapacitatea imaginativă în activități ludice ;
- producerea întârziată a unor manifestări ecolalice;
- crearea impresiei de dezvoltare fizică şi intelectuală normală ;
- izolarea şi retragerea în sine ;
- ataşament nemotivat față de obiectele nesemnificative ;
- incapacitatea de a percepe pericolul real;
- apariția şi dezvoltarea unor componente cu caracter ritual ;
- exacerbarea unor mişcări şi repetarea îndelungată a acestora;
- existența unor răspunsuri paradoxale la stimulii de lumină, de zgomot, de durere, etc.;
- prezența unor comportamente stereotipe şi repetitive;

- reacții bizare la schimbările din mediul ambiant ;
- deficit de comunicare verbală, non-verbală, ş.a.;

Frecvență

S-au făcut multe studii asupra frecvenței cazurilor de autism. Spre exemplu, în 1964, cu ocazia unui experiment efectuat în Anglia, pe populația infantilă, cuprinsă între 8-10 ani, au fost depistați 4-5 copii la 10.000, care prezentau semne evidente de autism. Un alt studiu, făcut în Danemarca, a confirmat, aproximativ, aceleaşi date. Concluzia este că în țările dezvoltate frecvența autismului este mai mare față de țările subdezvoltate, ca urmare a mortalității infantile sporite în acestea din urmă.

În literatura de specialitate se consideră că autismul are o frecvență similară cu cea a surdității şi mai mare decât cea a cecității. Datele recente consemnează prevalența autismului de tip Kanner de 1/20.000 de copii.

Raportată la sexe , frecvența este mai mare la băieți, aproximativ 3 la 1, față de fete.

Cercetările nu au putut demonstra transmiterea ereditară şi nici existența unui caracter genetic dominat la unul din sexe,, dar au confirmat existența unui număr mai mare de autişti printre copiii unici la părinți sau a primilor născuți.

Din punct de vedere etiologic, au fost elaborate trei categorii de teorii distincte, ce fac posibilă explicarea autismului

Teoriile organice

Acestea consideră că autismul se datorează unor disfuncții organice de natură biochimică sau unei insuficiente dezvoltări structurale a creierului.

Teoriile psihologice.

Interpretează autismul ca pe un fenomen de retragere psihologică față de tot ceea ce este perceput ca fiind rece, ostil şi pedepsitor.

Teoriile comportamentale.

Consideră că autismul infantil ia naştere printr-un şir de comportamente învățate şi care se formează în urma unor serii de recompensări şi pedepse întâmplătoare.

Sunt invocate în paralel, şi alte cauze, cum ar fi :

- bolile infecto-contagioase ;

- traumatismele din timpul sarcinii şi ale naşterii ;

- cauze ereditare ;

- anomalii ale creierului ;

- existența hidrocefaliei, a epilepsiei, ş.a. ;

După cum am văzut din punct de vedere simptomatologic, paleta acestora este foarte extinsă. Sintetic ele pot fi grupate astfel :

a) Dificultăți de limbaj şi comunicare ;

b) Discontinuitate în dezvoltare şi învățare ;

c) Deficiențe perceptuale şi relaționale ;

d) Tulburări acționale şi comportamentale ;

e) Disfuncționalități ale proceselor, însuşirilor şi funcțiilor psihice;

3.3.1. Disfuncționalitățile de limbaj şi comunicare

Sunt deosebit de pronunțate şi se manifestă, de timpuriu, prin slabul interes în achiziția limbajului. Autiştii nu răspund la comenzile verbale şi pot prezenta o reacție întârziată la apelul numelui lor. Vorbirea se însuşeşte cu o întârziere mare, față de normal şi se menține o pronunțe defectuoasă aproape în toate împrejurările. La 5 ani, pot repeta unele sunete şi silabe, iar după însuşirea relativă a limbajului, autiştii au tendință de a schimba ordinea sunetelor în cuvânt, de a nu folosi cuvinte de legătură sau de a substitui un cuvânt cu altul apropiat, ca semnificație sau utilitate (lingură cu furculiță sau mamă cu tată).

Fenomenul ecolalic este evident şi dă impresia unui ecou prin repetarea sfârşitului de cuvânt sau de propoziție. Vorbirea este economicoasă şi lipsită de intonație, vocabularul este sărac, iar tulburările de voce sunt frecvente. Comunicarea nonverbală este şi ea deficitară. Propozițiile formulate sunt, adeseori bizare. Când învață o propoziție, are tendința de a o repeta la nesfârşit.

3.3.2. Discontinuitatea în dezvoltare şi învățare

Rezultă din faptul că autistul este incapabil de a număra, dar manifestă abilități în realizarea operației de înmulțire, manifestă dificultăți în învățarea literelor, dar învață cu uşurință cifrele.

Ei se orientează bine în spațiu , dar manifestă stereotipii în formularea unor comportamente cognitive, caracteristică ce se accentuează şi prin lipsa de interes pentru achiziția unor informații noi.

3.3.3. Deficiențele perceptuale şi relaționale

Au o mare diversitate şi pot fi sesizate încă de la naşterea copilului autist. Acesta este plângăcios , agitat, în majoritatea timpului, agitație

însoțită de țipete sau, dimpotrivă, este inhibat, fără interes şi fără dorință de a cunoaşte lumea înconjurătoare. Unii autişti manifestă o adevărată fascinație pentru lumină sau pentru un obiect strălucitor. Alții nu percep elementele componente ale obiectelor. Unii trăiesc o adevărată plăcere pentru tact şi pipăirea obiectelor, în timp ce alții au reacții negative la atingerea obiectelor. În primul caz, se pot ataşa, nejustificat, de unele obiecte fără semnificație sau manipulează un timp îndelungat un obiect. Ei pot deveni violenți, fiind deranjați de zgomotul produs la căderea unei gume dar nu manifestă nici o reacție la un zgomot deosebit de puternic (aberații percepute şi de relaționare). Unora le place muzica, simt ritmul, manifestă chiar abilități în a cânta la instrumente muzicale.

Autiştii sunt incapabili să utilizeze pronumele personal, la persoana I.

3.3.4. Tulburările acționale şi comportamentale

Sunt cele mai spectaculoase atât prin amploare, cât şi prin complexitatea lor. Acțiunile şi comportamentele acestor persoane au un caracter bizar şi stereotip. Dintre acestea, se remarcă acțiunea de automutilare sau autodistrugere, când autistul produce acțiuni până la epuizare sau până la distrugerea unor părți ale corpului (autolovirea cu pumnul, cu un obiect sau lovirea cu capul de perete). Pe aceleaşi coordonate se înscrie şi autostimularea ce se manifestă pe mai multe căi :

- kinestezică (legănatul înainte şi înapoi, frecarea lobului urechii cu mâna) ;

- tactilă (lovirea coapsei cu dosul palmei , zgârierea cu unghia a ceva tare;

- auditivă (plesnitul din limbă sau emiterea neîncetată a unui sunet ;

- vizuală (învârtirea unui obiect strălucitor în fața ochilor sau privirea neîncetată a degetelor);

Alte acțiuni stereotipice :

- rotirea brațelor, ca şi când ar fi pe scripete ;

- învârtirea pe loc fără să amețească ;

- mersul pe vârfuri, şi uneori, chiar, cu mişcări grațioase ;

Alte curiozități se manifestă printr-o nevoie redusă de somn, reacții diminuate la durere şi frig, modificarea frecventă a dispozițiilor, fără o cauză corespunzătoare.

Toate aceste fenomene sunt mai active în copilărie. S-a constatat că între 2-5 ani, comportamentul tipic autist este cel mai evident.

3.3.5. Disfuncțiile proceselor, însuşirilor şi funcțiilor psihice se pot întâlni:

- Acestea se pot întâlni în oricare palier, dar planul afectiv-motivațional este cel mai activ şi transpare, mai cu seamă, din lipsa de interes a autiştilor pentru contactul social şi față de trăirile cel din jur (unii se ataşează exagerat, față de obiecte fără semnificații, alții manifestă o frică patologică pentru lucruri obişnuite, dar nu realizează adevăratele pericole):

Deşi autiştii nu ştiu să mintă, ei lasă impresia că ascund ceva, datorită faptului că nu privesc în față persoanele din jur. Comportamentele penibile sunt şi ele prezente sub forma lipsei de jenă a autistului : mănâncă de pe jos sau se şterge pe mâini de părul sau de blana cuiva, face observații penibile, se plimbă întotdeauna pe acelaşi traseu, etc.

Afectivitatea e caracterizată de imaturitate, ca în handicapul de intelect.Ei nu stabilesc contactele afective, decât foarte rar şi fără atitudini pozitive constante față de persoanele apropiate. Au tendința de izolare, de închidere în eul propriu.

Unii trăiesc stări de frustrare, anxietate şi hiperexcitabilitate , de unde şi posibilitatea de a căpăta anumite fobii.

Jocul autistului demonstrează, şi el, nivelul scăzut al dezvoltării psihice. Acesta este asemănător cu cel al sugarului, ca în cazul manipulării obiectelor cu degetele, fără capacitatea de a acorda simbolul jucăriei sau de a-şi propune un scop pentru finalizarea acțiunii.

3.3.6. Recuperare şi terapie în autism

Având în vedere înaltul grad de complexitate al autismului ce duce la afectarea tuturor palierelor psihice şi comportamentale ale subiectului, intervențiile recuperative sunt, în genere, limitate şi deosebit de dificile pentru realizarea unor progrese imediate. Totuşi, se pot obține unele rezultate pozitive pe linia dezvoltării psihice şi mai ales pe direcția formării unor comportamente adaptative. Astfel, intervenția recuperativă are la bază utilizarea terapiilor de relaxare, de susținere şi a celor comportamentale (la care ne-am referit şi în alte paragrafe din text). Învățarea unor comportamente, prin exercițiu şi repetarea constantă a situațiilor de învățare, se dovedeşte cea mai eficientă pentru subiectul autist. Exemplul personal al celor din jur constituie un bun prilej pentru imitarea si adoptarea unor forme de conduite normale. Desigur, sunt şi alte forme recuperative ce pot fi adoptate, cum ar fi terapia ocupațională, prin muncă, desen, muzică, dans, modelaj, colaj etc. ce constituie modalități eficiente pentru dezvoltarea motivației în activitate, pentru formarea unor deprinderi de stăpânire de sine, de reglare a echilibrului dintre excitație şi inhibiție, de disciplinare şi corelare a conduitelor co cei din jur ş.a..

Întrebări/probleme pentru autoevaluare

1. Analizați semnificația polihandicapului, comparativ cu cea a handicapului, prin evidențierea caracteristicilor comune şi specifice celor două categorii.
2. Specificați etapele procesului intructiv-educativ in surdocecitate.
3. Accentuați caracteristicile definitorii ale dezvoltării psihice la persoanele cu surdocecitate.
4. Evidențiați câteva simptome mai des întâlnite în depistarea autismului şi recuperarea acestuia.

Bibliografie minimală

1. ENĂCHESCU C-TIN,- „TRATAT DE IGIENĂ MINTALĂ”, BUCUREŞTI, E.D.P., 1996
2. POPOVICI D.V. – “DEZVOLTAREA COMUNICĂRII LA COPIII CU DEFICIENȚE MINTALE”, BUCUREŞTI, ED. PRO HUMANITATE, 2000.
3. VERZA E.- „PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ”, BUCUREŞTI, E.D.P., 1998. (pg.123 – 136)
4. VERZA E.F.,- „INTEGRAREA ŞCOLARĂ A COPIILOR CU HANDICAP ASOCIAT, SEVER ŞI PROFUND” ÎN E. VERZA ŞI E. PĂUN (COORD.) „EDUCAȚIA INTEGRATĂ A COPIILOR CU HANDICAP”, IAŞI, TIPOGRAFIA MULTIPRINT, 1998. (pg. 143 – 144)
5. VERZA E.F.- „INTRODUCERE ÎN PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ ŞI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ”, BUCUREŞTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2002.. (pg. 197 – 210)
6. VERZA E., VERZA E. F. – PSIHOLOGIA VÂRSTELOR, BUCUREŞTI, ED. PRO HUMANITATE, 2000

Teme pentru referate

1. Relatia dintre tulburarile de pronuntie si tulburarile de scris la diferite categorii de handicapati ;
2. Modalitati de prevenire si educare a tulburarilor de comportament ;
3. Specificul gandirii si limbajului la surdomuti ;

Simptomatologia specifică sindromului autist.